

**Кочарян А.С.**

**Личность и половая роль  
(симптомокомплекс  
маскулинности/фемининности  
в норме и патологии)**

ББК Ю948.1-82+Ю948.43+Ю948.4-38  
УДК 159.9:616.891+615.851.133.6.5

Кочарян А.С. Личность и половая роль (симптомокомплекс маскулинности/фемининности в норме и патологии) / Отв. ред. член-кор. АПН Украины Бурлачук Л.Ф. Харьков, 1996.- 139 с.

Публикуется по рекомендации Ученого совета биологического факультета Харьковского государственного университета.

В монографии кандидата психологических наук, доцента кафедры медицинской и прикладной психологии Харьковского госуниверситета Кочаряна Александра Суреновича рассмотрены вопросы структурной организации симптомокомплекса маскулинности/фемининности в норме, закономерности его возрастной динамики, особенности поражения этой структуры при неврозах, психосоматических расстройствах и нарушениях поведения криминального уровня, а также патогенетическая и/или предрасполагающая роль этих поражений в формировании вышеуказанной патологии. Проанализированы концептуально-методические проблемы диагностики маскулинности/фемининности, создана психодиагностическая карта оценки маскулинности/фемининности на разных биосоциальных уровнях. В работе представлена программа групповой психотерапии неврозов, ориентированная на полоролевые структуры.

Для психологов, неврозологов, сексопатологов, психотерапевтов.

(С) Кочарян А.С., 1996 г.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	
Глава 1. Психологические проблемы маскулинности/ фемининности.....	
1.1. Маскулинность/фемининность в различных теоретических контекстах.....	
1.1.1. Представление о генезисе фемининности З.Фрейда....	
1.1.2. Генезис маскулинности у женщин в концепции К.Хорни .....	
1.1.3. Теории связи с объектом .....	
1.1.4. Мужское/женское в аналитической психологии К.Юнга.....	
1.1.5. Трансперсональная концепция маскулинности/ фемининности.....	
1.1.6. Перинатальный подход .....	
1.1.7. Генезис маскулинности в концепции научно-иссле- довательского проекта АН СССР "Социально-психоло- гические проблемы социализации и усвоения половых ролей".....	
1.1.8. Маскулинность/фемининность в эволюционной теории пола.....	
1.2. Структурные модели организации симптомокомплекса маскулинность/фемининность.....	
Глава 2. Симптомокомплекс маскулинности/фемининности в норме.....	
2.1. Структура М/ф-симптомокомплекса .....	
2.2. Регулятивные функции симптомокомплекса маску- линность-фемининность в когнитивной сфере.....	
Глава 3. Симптомокомплекс маскулинности/фемининности при неврозах и психосоматических расстройствах...	
3.1. М/ф-симптомокомплекс при неврозах .....	
3.1.1. Невротический характер в полоролевом контексте ..	
3.1.2. Структура симптомокомплекса маскулинность/фемининность при неврозах.....	
3.1.3. Визуальные образы мужского и женского начал у женщин, больных неврозами.....	
3.1.4. Психосемантические особенности организации поло- ролевого симптомокомплекса при истерическом неврозе.....	
3.1.5. Особенности полоролевой сферы личности при неврастении и неврозе навязчивых состояний.....	
3.2. Симптомокомплекс маскулинности/фемининности при психосоматических расстройствах.....	
3.2.1. Полоролевые аспекты язвы желудка и двенадцати- перстной кишки.....	
3.2.2. Полоролевые аспекты ИБС.....	
3.2.3. Полоролевые аспекты ювенильных маточных кровотечений.....	
Глава 4. М/ф-симптомокомплекс при криминальном поведении..	
4.1. Особенности полоролевой сферы лиц, совершивших изнасилования и убийства.....	

4.2. Синдром инфантилизма П. Пэна.....	
Глава 5. Концептуально-методические проблемы оценки маскулинности и фемининности.....	
5.1. Анализ полоролевых шкал .....	
5.1.1. ACL-шкала полоролевого поведения А.В.Нейлбрун ...	
5.1.2. Шкала m/f ПДО .....	
5.1.3. Шкала выраженности мужских и женских черт характера MMPI (5-я шкала).....	
5.1.4. Психосексуальная пропорция - шкала Dur-Moll в методике L.Szondi.....	
5.1.5. Шкала D.Ваусом .....	
5.2. Связь полоролевых шкал .....	
Глава 6. Психотерапия, ориентированная на полоролевые структуры .....	
6.1. Клиент-центрированная психотерапия К.Роджерса....	
6.2. Техника фокусинга .....	
6.3. Катартическая терапия криком .....	
6.4. Программа групповых психотерапевтических занятий .....	
Заключение.....	
Список литературы.....	

## Введение

Психология в Украине и странах СНГ долгое время развивалась как "бесполоая психология" бесполого индивида (И.С. Кон, 1981), что создавало слишком много тупиков в научно обоснованном решении ряда социальных и педагогических задач (В.А. Геодакян, 1989). До сегодняшнего дня фактор пола не стал важной исследовательской переменной, и систематические исследования по психологии пола в странах СНГ остаются пока крайне немногочисленными (В.Е. Каган, 1991). Современное состояние разработки проблемы пола можно охарактеризовать как неудовлетворительное. Одно из ключевых мест в психологии пола занимает полоролевая идентичность. Как многоуровневое образование, она может быть продуктивно понята в системной методологии. Однако, как справедливо указывают Д.Н. Исаев и В.Е. Каган (1986), "большинство исследований посвящено отдельным характеристикам маскулинности/фемининности при явной недостаточности если не системного, то хотя бы комплексного их соотнесения". Существует явный дефицит их концептуализации как целостного феномена.

Полоролевые свойства, пронизывая всю личность, являются ее стержневыми характеристиками. На уровне же конкретных исследований полоролевая сфера личности выступает в качестве некоторого частного образования, а не как базовая структура, определяющая социальное и психическое благополучие человека. Поиск глубинных внутриличностных звеньев психопатогенеза неврозов, психосоматических расстройств и выраженных нарушений поведения стал особенно актуальным тогда, когда разочарование постигло исследователей при вычленении "язвенной", "коронарной", "астматической" и т.п. личностей (Ю.М. Губачев и соавт, 1990), когда не удалось также построить и модель "преступной" личности (М. Kosewski, 1977). Обозначенные в психосоматологии теоретические "ходы" (концепции F.Dunbar "профиля личности", F.Alexander "специфического эмоционального конфликта", R.Rosenman и M.Friedman "типа поведения" и др.) дали веер исследовательских возможностей, но часто с неудовлетворительным результатом. В литературе (Ю.М. Губачев и соавт, 1990; З. Фрейд, 1989; К. Хорни, 1993; D. Kubacka-Jasiecka, 1975 и др.) имеются прямые и косвенные разрозненные свидетельства того, что дисбаланс полоролевой структуры является патогенетическим и/или predisponирующим фактором формирования неврозов, психосоматических расстройств и криминального поведения. Вместе с тем нарушения структуры и функции полоролевых образований маскулинности (М) и фемининности (Ф) и их патогенетическая роль в развитии вышеуказанной патологии не были предметом самостоятельного всестороннего исследования. Не изучены механизмы становления структуры полоролевого симптомокомплекса в онтогенезе, а также основные формы нарушения этой структуры. Отсутствуют рекомендации по диагностике маскулинности и фемининности на различных биосоциальных уровнях, а также по психотерапевтической коррекции неврозов, ориентированной на полоролевые

структуры. В настоящей работе рассматриваются ключевые вопросы структурной и функциональной организации симптомокомплекса маскулинность/фемининность в норме и патологии. В связи с тем, что область полоролевой психологии напоминает "лоскутное одеяло", или, по меткому выражению Д.Н. Исаева и В.Е. Кагана (1986, с.25), "большой котел", в котором представлены всевозможные аспекты и проявления маскулинности/фемининности без какой-либо их связи и теоретического осмысления как единого целого, мы делаем акцент на эмпирическом анализе проблемы. При интерпретации эмпирического материала в данной работе мы стремились к концептуальной полифонии, некоторому эклектизму, позволяющему освободиться от пристрастности и односторонности. Автор считает своим приятным долгом поблагодарить научного редактора настоящей работы проф. Л.Ф. Бурлачука за ценные замечания и помощь в работе.

## Глава 1. Психологические проблемы маскулинности/фемининности

### 1.1. Маскулинность/фемининность в различных теоретических контекстах

#### 1.1.1. Представление о генезисе фемининности З. Фрейда.

Согласно З. Фрейду (1989), первичной психосексуальной функцией является маскулинность. Эта функция первична как у мальчиков, так и у девочек. Первичность маскулинности у девочек проявляется в активности клиторической зоны и в том, что объектом либидо является женщина - мать. З. Фрейд отмечает две особенности женского развития по сравнению с мужским. Первая особенность - изменение эрогенной зоны от фаллического к генитальному периоду (клитор - вагина). Вторая особенность - изменение объекта либидо: первоначальная привязанность к матери, связанная с удовлетворением ею важных и простых жизненных потребностей ребенка, сменяется в ситуации Эдипова комплекса привязанностью к отцу. З. Фрейд (1989, с. 377) видел причину такого изменения объекта в комплексе кастрации: "девочка считает мать ответственной за отсутствие пениса и не может простить ей своей обделенности". Открытие собственной кастрированности является поворотным пунктом в развитии девочки. "Девочка, которая до сих пор жила по-мужски, умела доставлять себе наслаждение возбуждением клитора, соотносила это занятие со своими активными сексуальными желаниями, относящимися к матери, под влиянием зависти к пенису лишается удовольствия от своей фаллической сексуальности" (З. Фрейд, 1989, с. 379). В результате девочка отказывается от клиторической мастурбации, отвергает свою любовь к матери, а нередко и сексуальные стремления вообще. Отход от матери происходит постепенно, т.к. девочка считает, что кастрации подверглась только она сама. Любовь девочки относилась лишь к фаллической матери. С открытием того, что мать тоже кастрирована, девочка отказывается от нее, выражая враждебность по отношению к матери. Первоначальное желание, с которым девочка обращается к отцу - это желание иметь пенис, в котором ей отказала мать и которого она ждет от отца. Но желание иметь пенис замещается желанием иметь ребенка - ребенка от отца. Ребенок "согласно эквивалентам древней символики занимает место пениса" (З. Фрейд, 1989, с. 380). Возможны три исхода в переходе от доэдиповой, материнской (фемининной) фазы к эдиповой, отцовской (маскулинной) фазе: 1) подавление сексуальности и невроз; 2) формирование у женщины комплекса мужественности; 3) формирование нормальной женственности. Подавление сексуальности связано с тем, что девочка отказывается от клиторической сексуальности, теплых отношений с матерью и не переходит к новому объекту - отцу. Комплекс маскулинности состоит в том, что в рассматриваемый период развития не происходит сдвига к пассивности и к изменению объекта либидо. Мы видим упрямый протест преувеличения прежней мужественности, отсутствие отказа от клиторической мастурбации. Причину такого исхода в развитии девочки З. Фрейд видит в плохо концептуализированном конституциональном

факторе. Само по себе разочарование в отце без указанного конституционального фактора, по мнению З. Фрейда, не объясняет отказ от отца как от объекта любви. Иначе говоря, маскулинность у З. Фрейда - это первичная психосексуальная функция, а формирование фемининности связано с подавлением маскулинности и отказом от нее. Под женственностью З. Фрейд понимал специфически женское психосексуальное поведение - выбор мужчины как объекта любви и "привязка" либидо к вагине. Он также указывал на ряд чисто психологических особенностей зрелой женственности: высокую степень нарциссизма, физическое тщеславие и стыдливость, которые представляют собой либо компенсацию (физическое тщеславие), либо проявление комплекса кастрации. Таким образом, 1) первичной является маскулинная психосексуальная функция; 2) фемининность формируется как подавление маскулинности и отказ от нее; 3) между маскулинностью и фемининностью существуют отношения конкуренции, борьбы. Вместе с тем, З. Фрейд отмечал, что этап первичной привязанности к матери, или первичной маскулинности важен для нормального функционирования личности женщины - "поразительные социальные успехи" женщины связаны с фазой нежной доэдиповой привязанности к матери; 4) механизмом сдвига от маскулинности к фемининности является комплекс кастрации. По мнению С. Грофа (1993, с. 175), "концепция женской сексуальности и вообще женского начала, как ее понимал З. Фрейд, является, безусловно, самым слабым местом психоанализа и граничит со смехотворной глупостью. В ней недостает подлинного понимания женской психики и принципа всего женского, а женщина как таковая рассматривается как кастрированный мужчина".

1.1.2. Генезис маскулинности у женщин в концепции К. Хорни

Формирование женственности - это достаточно сложный и драматический процесс, представляющий собой вытеснение или подавление первичной маскулинности. На этом пути возможны многочисленные поломки, которые не позволяют отойти от доэдиповой маскулинности к женственности. В принципе К. Хорни соглашается с идеей З. Фрейда о важности в развитии девочки комплекса кастрации (зависть к пенису). Она выделяет первичный и вторичный комплекс кастрации. Из первичной зависти к пенису, которая обусловлена тем, что пенис дает преимущества для реализации уретральной сексуальности, скоптофилического инстинкта (созерцания половых органов) и мастурбации не выводима вся драма женского развития. На основе первичной зависти к пенису девочка приходит к объектной любви к отцу. Именно в этом моменте психосексуально она становится женщиной: объектом либидо является мужчина, а, кроме того, на него направляются инцестуозные сексуальные как клиторические, так и вагинальные фантазии, которые могут сохраняться в грезах и в сновидной продукции взрослых женщин. Вместе с тем "удержаться" на отце как на либидинозном объекте достаточно сложно. Два фактора препятствуют формированию устойчивой либидинозной фиксации на отце. Во-первых, это разочарование



в отце, и, во-вторых, тревога и чувство вины перед матерью за инцестуозные фантазии (К. Хорни, 1993, с. 17, 48). В этих случаях "дорога к специфически женской роли оказалась перекрыта барьером бессознательного чувства вины и тревоги" (К. Хорни, 1993, с. 49]. Гетеросексуальное либидо, фрустрируясь, регрессирует и девочка уходит от женственности. Нет другого способа уйти от женственности как обретая маскулинные черты - формируется комплекс маскулинности. К. Хорни (1993, с. 44) определяет комплекс маскулинности у женщин " как комплекс чувств и фантазий женщины, содержание которых определяется бессознательным желанием тех преимуществ, которые дает положение мужчины, зависть к мужчинам, желание быть мужчиной и отказ от роли женщины". Этиологическими (а не патогенетическими) факторами, способствующими сдвигу от женственности к комплексу маскулинности у женщин в раннем детстве являются :

- 1) "явное предпочтение, оказываемое родителями ее брату";
- 2) "ранние сексуальные впечатления... Это особенно характерно для семей, где все связанное с сексом, так или иначе скрывают от ребенка. Поэтому случайно увиденное кажется чем-то жутким и запретным. Половой акт между родителями, свидетелями которого дети так часто становятся в первые годы жизни, как правило, принимается за избиение матери, изнасилование или издевательство над ней. Случайно увиденные следы менструальной крови нередко подкрепляют догадку, что с мамой делают что-то страшное, ее режут, уродуют, отчего она больна. Пока еще нередкие проявления жестокости отца по отношению к матери, так же , как и ее болезненность, еще более укрепляют убеждение, что положение женщины - неприятное и опасное " (К. Хорни, 1993, с. 47, 48). Уход от женственности представляет собой замещение объектного объектного отношения к отцу отождествлением с ним, что является регрессом к догенитальной стадии.

Каков же механизм ухода от женственности ? К. Хорни указывает, что главным патогенетическим механизмом этого является идентификация с отцом. Вновь оживляется комплекс зависти к пенису. Это уже вторичная зависть к пенису, связанная с обретением мужественности. З. Фрейд в этом смысле осторожен и указывает на две возможности идентификации : идентификация с фаллическим отцом, или идентификация с фаллической матерью.

Мы должны особо подчеркнуть два момента в концепции К. Хорни: 1) женственность возникает на пути трансформации мужественности; 2) отказаться от женственности можно через обретение маскулинных черт; 3) женская маскулинность вторична в своем генезисе по отношению к фемининности; 4) наличие маскулинных черт у женщины является результатом уклонения от нормального развития. Фактически здесь заложена идея несовместимости маскулинности и фемининности. Иными словами, между маскулинностью и фемининностью существуют отношения конкуренции и борьбы. В теории З. Фрейда и К. Хорни маскулинность рассматривается как идентификация с отцом, а фемининность

как идентификация с матерью. "Невротик-мужчина, отождествляющий себя с матерью, и невротик-женщина, отождествляющая себя с отцом, одинаковым образом отказываются от своих половых ролей. ... Именно это отождествление с родителем противоположного пола и кажется мне той точкой отсчета, от которой у обоих полов развивается и гомосексуальность, и комплекс кастрации ( у мужчин это равнозначно желанию кастрации, или желанию стать женщиной в полоролевом отношении - А.К.)" (К. Хорни, 1993, с. 20). В связи с этим рассмотрим две теории эго - объектных отношений, в основе которых лежат процессы идентификации с матерью и отцом, а также процессы интернализации этих значимых фигур. Нормальное и невротическое развитие связано с нарушением этих идентификационных процессов, или, другими словами, с формированием нормальной и уклоняющейся маскулинности/фемининности.

### 1.1.3. Теории связи с объектом

Теории связи с объектом сосредоточивают свое внимание на связи младенца с матерью и другими значимыми фигурами раннего детства. Эти ранние связи становятся базой для развития ребенка. Причем, особенности, характеризующие связь младенца с близким окружением - основа для более поздних интерперсональных связей личности. При нездоровых связях с окружением ребенок интроецирует значимые объекты, делает их безопасными внутри себя, и устанавливает с ними фиксированные связи. При этом человек не знает внешних объектов, и не способен установить связи с этими внешними объектами. Человек становится дезадаптированным к реальности. Эти генетически ранние формы деформированных психических структур являются predisponирующей почвой для развития актуального невроза, "предрасположением к неврозу" (Н.Д. Лакосина, М.М. Трунова, 1994, с. 7). В патогенезе невроза недостаточно учитывать актуальную психотравму. "...Столь прямолинейная связь наблюдается сравнительно редко.

Возникновение невроза обычно определяется не прямой и непосредственной реакцией личности на неблагоприятную ситуацию, а более или менее длительной переработкой данной личностью сложившейся ситуации и ее последствий и неспособностью адаптироваться к новым условиям" (Н.Д. Лакосина, М.М. Трунова, 1994, с. 7). В.А. Гиляровский (1942) отмечал, что наличие только лишь психотравмы для возникновения невроза еще недостаточно. Необходимо, чтобы эта травма нашла в структуре личности соответствующий резонанс. Это означает, что продуктивным является поиск определенной предрасполагающей к неврозу психической структуры. Теории связи с объектом делают акцент на нарушениях взаимоотношений в младенчестве, где ключевыми фигурами являются мать и отец. Маскулинность и фемининность в этих теориях предстают в двух формах. Во-первых, это внутренние образы матери и отца, и, во-вторых, - это характерологические особенности, формирующиеся в связи с особенностями эго-объектных связей. Это либо оральная

зависимость , либо симбиотическая привязанность, либо нарцисстическое совершенство и т.п. Внутренний объект в плохих своих проявлениях может быть наказывающий, отвергающий, уничижающий и т.п. В зависимости от того, какой именно этот объект, возникают и специфические характеристики "Я" : мягкого, доброго, неуверенного и т.п. Мы рассмотрим концепции W. Fairbairn (1958, 1963, 1974) и J. Masterson (1976, 1981).

Особенности идентификационных процессов в теориях связей с объектом.

Невротические симптомы являются результатом особой связи между внутренними структурами. Инфантильно-патогенные ситуации интернализируются, и человек в себе несет источник невроза. Первичными либидинозными объектами, как понятно, являются мать и отец. Рассмотрим особенности формирования конфликтной внутренней структуры по W.R.D. Fairbairn (1958, 1963, 1974). Его подход опирается на особое понимание процесса интернализации объектов, расщепления и вытеснения "плохих" объектов. Одно из его ранних и наиболее важных положений касается того, что либидо стремится к объекту. Основная цель - не редукция напряжения, как у Фрейда, а установление связи с другими. Важный процесс в развитии личности - процесс интернализации, посредством которого личность может принять черты и функции значимых лиц.

Fairbairn утверждал, что интернализируются прежде всего негативные фигуры (объекты). Существует несколько обоснований интернализации именно негативных аспектов. Это происходит, во-первых, потому, что посредством такой интернализации ребенок устраняет негативность со значимого лица. И, таким образом, внешняя безопасность достигается за счет внутренней опасности (помещения "плохого" объекта внутрь). Интернализированный "плохой" объект подвергается расщеплению на "отвергающий" и "побуждающий" объекты.

"Отвергающий" объект- это та часть (тот аспект) первичного объекта (матери, отца или их заместителей) , которая фрустрировала и наказывала ребенка по отношению к его собственным либидинозным импульсам. Эти импульсы охватывают потребности в безопасности, опеке, пище, любви, привязанности, а также агрессию и враждебность отверженного "Я", направленные в отношении отвергающего лица.

"Отвергающий" внутренний объект ответственен за негативные ожидания по отношению к другим людям, является источником негативных проекций. "Побуждающий" внутренний объект, наоборот, олицетворяет надежду личности на удовлетворение ее первичных потребностей. Этот объект представляет собой реализацию детских ожиданий от других людей, и является основой позитивного переноса. Внутренняя драма состоит в том, что личность стимулируется "побуждающим" объектом к удовлетворению либидинозных потребностей, а затем отвергается внутренним объектом, и разочаровывается в объекте. Структура "Я" также подвергается расщеплению: с одной стороны, это либидинозное "Я", направленное на удовлетворение первичных потребностей; с другой стороны, -

это антилибидинозное "Я", которое является инстанцией, которая бессознательно воссоздает первичные запреты, фрустрации и наказания. либидинозное "Я" ожидает либидинозный объект, который способен удовлетворить первичные либидинозные потребности этого "Я". Согласно модели W. Fairbairn вытесняются как либидинозные импульсы, так и связи двух субстанций "Я" с объектом. На рисунке 1. приведена модель психической структуры W. Fairbairn (1958, с. 105).

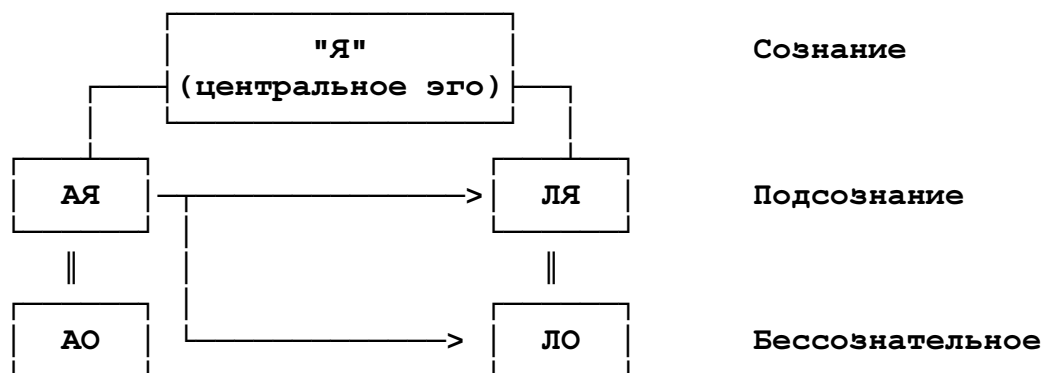


Рис. 1. Модель психической структуры W. Fairbairn

Обозначения :

АЯ - антилибидинозное "Я"; АО - антилибидинозный объект; ЛЯ - либидинозное "Я" ; ЛО - либидинозный объект; ———> агрессия ;  
===== либидо

"Плохой" объект лучше, чем никакой, поэтому возникает привязанность к плохому объекту. Центральное "Я" агрессивно и по отношению к либидинозному "Я", и по отношению к антилибидинозному "Я". либидинозная аутоэкспрессия сохраняется в состоянии вытеснения в связи с воздействием агрессии как со стороны отвергающего объекта, так и со стороны отверженного "Я". W. Fairbairn понимает вытеснение не как результат эдипального конфликта, но как значительно более раннее явление, исходящее из процесса интернализации, расщепления и мобилизации агрессивной энергии против внутренних структур и связанных с ними либидинозными и агрессивными импульсами. Этот процесс интернализации, расщепления и вытеснения приводит к установлению внутренних связей с объектом. Эти связи описаны М. Horowitz (1979) как "ролевые модели отношений", Э. Берном (1988) как "эго"-состояния. Эти связи являются устойчивыми, сохраняющими status quo. Согласно теории W. Fairbairn, эта устойчивость приводит к трудностям изменения, в том числе и психотерапевтического. Либидинозное "Я" связано с либидинозным объектом либидинозными силами так же, как антилибидинозное "Я" с антилибидинозным объектом. Вытеснение поддерживается благодаря агрессивным силам (см. рис. 1.). либидинозные и антилибидинозные структуры являются вытесненными, а потому не репрезентативны для актуального (сознательного) "Я". Внутренние объекты (либидинозный и антилибидинозный) являются основой для реакций соответственно позитивного и негативного переноса. Связи "Я"

с либидинозным и антилибидинозным объектами приводят соответственно к идеализации (может удовлетворить потребности) и девальвации (не может удовлетворить потребности) объектов. Когда формы защиты хорошо развиты, девальвация обычно сопровождается усилением антилибидинозного обращения против себя, так что личность отвергает собственные либидинозные позиции. Такой тип антилибидинозного "Я" характерен для лиц с оральным характером, которые защищаются посредством отрицания своих потребностей, имея неосознаваемое убеждение, что никто не удовлетворит их потребностей. Между антилибидинозным "Я" и антилибидинозным объектом могут складываться различные отношения : оральные , нарцисстические и т.д. Важно, что привязанность к внутренним объектам препятствует направлению любви и привязанностей к внешним объектам. Зрелое "Я" уходит от "берущих" связей с объектом и от инкорпорации другого человека. В зрелых связях объект переживается как отделенный от "Я" и "Я" связано с ним через "давание". Таким образом, нарушение взаимоотношений с родителями в первые годы жизни определяют складывание невротической структуры характера за счет интернализации "плохих" объектов и их расщепления.

А. Czownicka и Е. Wojciechowska (1991), анализируя развитие психодинамического подхода, пишут, что в концепции W. Fairbairn интернализации подлежат лишь "плохие" объекты (в отличие от М. Klein), хорошие же представлены во внутреннем мире посредством памяти. Тогда, когда отношения протекали хорошо, имеется память о хорошем прошлом и вера в наличие (в настоящем и будущем) хороших людей во внешнем мире. В этом случае нет повода для замещения внешних объектов интернализированными объектами. Этих внешних объектов достаточно для удовлетворения потребностей. По W. Fairbairn интернализация объекта имеет место тогда, когда личность находится в отношениях с "плохими" объектами (родителями).

Н. Guntrip (1983) говорит, что "плохие" объекты не могут быть переварены и присвоены; они сохраняются как чужие образования, которые хранит психика. Внутренний мир возникает как дубликат первичной фрустрирующей ситуации - личность привязывается к своим внутренним "плохим" объектам, и поэтому чувствует себя постоянно фрустрированной, неудовлетворенной, плохой и виноватой, глубоко переживающей страх. W. Fairbairn рассматривал возникновение психопатологии как формирование деструктивной психической структуры - структуры с плохими внутренними объектами.

Концепция J. Masterson (1976, 1981) очень близка к теории W. Fairbairn. Он также признает расщепление на два типа внутренних связей. Одна связь - это связь внутреннего , удовлетворяющего объекта с удовлетворенным "Я" (RORU); вторая связь - связь "плохого" "Я" с отвергающим либо покидающим объектом (WORU). Во втором типе связей (WORU) другой человек (объект) переживается как атакующий, критичный, враждебный, яростный и отказывающий, а "плохое" "Я" как плохое, виновное, пустое и т.п. (1976, с. 58). Эти два разных состояния психики (RORU и WORU), которые включают

разные чувства, отношения, способы переживания себя и т.п. имеют тенденцию появляться попеременно. По мнению S. Johnson (1993), основная разница между концепциями W. Fairbairn и касается понимания функционирования младенца в самом раннем периоде жизни. J. Masterson согласен с З. Фрейдом в том, что в первоначальном познавательном функционировании "доминирует первичный процесс..., вытекающий из принципа удовольствия" (J. Masterson, 1976, с. 59), а следовательно, что ребенок пытается сохранить удовольствие посредством "галлюцинаций". Затем, в связи с тем, что не наступает ожидаемого удовлетворения, этот тип функционирования замещается принципом реальности. Мастерсон полагает, что расщепление на RORU и WORU опирается на положение, что "значительная часть структуры его пациента испытывает поражение в переходе от принципа удовольствия к принципу реальности; следовательно, здесь речь идет не о расщеплении сформированной ранее структуры, но, скорее, о неудачах в развитии принципа реальности. В результате этого определенная часть структуры его остается под доминированием принципа удовольствия, а не принципа реальности. В противоположность этому W. Fairbairn утверждал, что перед расщеплением существует целостная функциональная структура; кроме того, инстинктивные импульсы можно характеризовать как стремление к объекту, а не к удовольствию. Первичная целостность "Я" подлежит расщеплению в результате болезненного опыта и фрустрации. W. Fairbairn считал, что ребенок очень рано способен к вытеснению расщепленных структур. Мастерсон и Фрейд относили вытеснение лишь к эдипальной ситуации.

Исследования в области психологии развития, относящиеся к 80-м годам (J.D. Lichtenberg, 1983; W. Meissner, 1988 и др.) скорее подтвердили теорию W. Fairbairn, согласно которой младенец функционирует целостным образом.

Мы говорили о том, что в подходах З. Фрейда и К. Хорни важным механизмом как нормального, так и невротического развития является идентификация. Причем, нормальной является идентификация с родителем своего пола. Идентификация же с родителем противоположного пола является патогенной, приводит к полоролевым трансформациям - маскулинизации женщин и маскулинизации мужчин. W. Fairbairn и J. Masterson, углубляя понимание процессов идентификации, говорят о расщеплении интернализированных объектов, т.е. внутренних образов отца или матери на "плохие" и "хорошие" части. При этом идентификация с родителем становится внутренне противоречивой, неоднозначной. "Хорошая" часть объекта позволяет удовлетворить либидинозные желания, и в этом смысле она фемининна, а "плохая" часть объекта несет угрозу, наказание, критику, и в этом смысле она маскулинна. И, таким образом, в ситуации невротического развития можно думать о наличии маскулинно - фемининного дисбаланса: об одновременном их сосуществовании в психике человека. При этом между маскулинностью и фемининностью существуют отношения борьбы (или, говоря словами W. Fairbairn, отношения агрессии).

1.1.4. Мужское/женское в аналитической психологии К.Юнга.

К.Г. Юнг (1992) пишет, что Анима - это фактор выдающейся значимости в психологии мужчины. Анима смягчает характер мужчины и делает его ранимым, раздражительным, переменчивым, подозрительным, тщеславным и неприспособленным. Мужчины до 35 лет могут перенести даже полную потерю Анимы без особого ущерба. На этой стадии для мужчины важно быть мужчиной. Взрослеющий юноша должен суметь освободиться от очарования Анимы своей матери. После середины жизни постоянное отсутствие Анимы означает ослабление жизненных соков, легкости на подъем и человеческой доброжелательности. А, в результате, как правило, преждевременная- очерствелость, тупость, стереотипность, фанатичная односторонность, упрямство, педантичность, или же, наоборот, смирение, скука, неряшливость, безответственность, склонность к алкоголизации. Анима полярна мужскому Эго, она выражает полярные желания, идеи, использует иные формы мышления и переживания. Как женское начало, черты Анимы у мужчины вытесняются. Выражением мудрости в персональном аспекте является принятие мужчиной своей Анимы. Если же он отвергает свое женское начало, то внутренняя дисгармония проецируется на отношения с женщинами и проявляется в неуправляемой инстинктивной деятельности, сексуальных расстройствах, межличностных конфликтах. Человек может возвышать женщину как богиню или видеть в ней ведьму, отделяя от себя в этих образах часть собственной души.

В женской психике мужское начало представлено архетипом Анимуса. Если женская природа эмоциональна, то Анимус воплощает интеллект. Анима - архетип жизни, Анимус - архетип значения.

Одухотворение Анимуса (Анимы) означает переход к архетипу смысла. Как Персона служит посредником между Эго и внешним миром, так Анима (Анимус) осуществляет связь с внутренним, индивидуальным миром. В своей теории К.Г. Юнг исходил из архетипической идеи гармонии, единства противоположностей. Принцип полярностей означает, что каждой функции, установке, желанию соответствует противоположность. Для позитивно оцениваемых намерений всегда есть соответствующие негативные. Противоположности компенсируют друг друга. Если мужчина сознательно проявляет выраженную маскулинность, то его бессознательное характеризуют фемининные черты - импульсивность и эмоциональность. Иначе говоря, между маскулинностью и фемининностью существуют отношения компенсации и борьбы.

У К. Юнга содержится идея, что маскулинность - это отказ от первичной фемининности (незрелости), а фемининность - это незрелость, во всяком случае для мужчин. Если мужчина не "уходит" от этой первичной женственности, от этой связи с матерью, то формируется невроз, как задержка в развитии либидо. Либидо стремится найти объект во вне, отделиться от матери. Но против этого выступает страстная тоска ребенка по матери, которая при неврозе проявляется в разных фобиях, общее в которых - страх перед жизнью. Источником страха

является мать: страстное томление по возврату к матери постоянно влечет человека в сторону, противоположную от приспособления к действительности. Направленная вспять тоска действует на энергию и предприимчивость как умерщвляющий яд. "Кажется, словно демонический враг лишает нас энергии; в действительности же это не что иное, как наше собственное бессознательное с его вспять устремленной тенденцией, которое начинает преодолевать наше сознательное стремление вперед... При каждом ослаблении взрослого человека желание бессознательного громче заявляет о себе; поэтому убыль сил непосредственно представляется нам как устремление вспять к матери" (К.Г. Юнг, 1994, с. 297, 298). К.Юнг указывает, что человек не может "без существенного вреда для своего духовного здоровья" пребывать в инфантильных связях с матерью. Жизнь властно зовет его выйти наружу и начать самостоятельную жизнь; и тот, кто не следует этому суровому призыву - из ребяческой ли любви к удобству или же из ревности, тому угрожает опасность невроза. А раз невроз разыгрался, то он становится все более и более полновесной причиной для бегства от борьбы с жизнью и для пребывания навсегда в морально отравленной инфантильной атмосфере" (К.Г. Юнг, 1994, с. 300). Следовательно, "неврозы...обычно происходят из столкновения сил реальности с неадекватной, инфантильной установкой, которая с каузальной точки зрения характеризуется ненормальной зависимостью от реальных или воображаемых родителей..." (К.Г. Юнг, 1995, с. 190). "Невротик, который не в силах отстать от матери, имеет на то веские причины: страх смерти приковывает его к ней" (К.Г. Юнг, 1994, с. 264). К.Г. Юнг (1994, с. 362) указывает, что "...часто неврастеники жалуются на своих родителей... Упреки и ненависть всегда суть бессильные старания кажущегося освобождения от родителей, на самом же деле - освобождения от собственного стремления к родителям, мешающего жизни". Базовый конфликт - это конфликт между "любовью (к матери - А.К.) и кровосмесительным противлением" (К.Г. Юнг, 1994, с. 263). Индивид с инфантильными установками, с сильными родительскими *í*маго, обнаруживает слабость, беспомощность, привязанность к матери, вплоть до идентификации себя с ней. В этом случае обнаруживается фемининная природа индивида. Таким образом, фемининность - это характеристика невротической связи сына с матерью. Избавиться от этой связи можно либо за счет переносов, либо посредством осознания и самовоспитания (борьбы с собой). К.Юнг рассматривает архетипический аспект формирования невроза. Человек многомерен, и эта многомерность задается качеством ассимиляции всего архетипического мира. Зрелая женщина, ассимилируя архетип Великой Матери, способна проявить материнский аспект (внимание, нежность, заботу и т.п.). По К. Юнгу (см. Z.W. Dudek, 1992), правильная ассимиляция архетипа Великой Матери и реализация материнства требует предварительной ассимиляции Тени и инстинктов (сексуального либидо), а также Анимуса, т.е. присвоение основных положений психологии мужчины. Посвящая себя



мать, в сущности, отказывается от работы над собственной Тенью и забывает о своей женственности. Сексуальное либидо канализируется в парасексуальную связь "мать-сын". Неосознанная сексуальная связь матери с сыном затрудняет либо делает невозможной полное освобождение либидо, а также аннулирует или камуфлирует психологическую разницу между полами.

Второй аспект функционирования женщины - женственность. Если воспитание маскулинизирует женщину, то ей трудно ассимилировать архетип женщины. В этом случае женственность подавлена, погружена в Тень. Z.W. Dudek (1992) пишет, что по К. Юнгу женское сознание - это динамический диалог с архетипом Анимуса в бессознательном женщины. Ассимилируя архетип Анимуса, женщина получает психологическую независимость. К. Юнг полагал, что чувства являются проявлением архетипа Великой Матери; страсти в виде страха, агрессии, мести происходят из сферы Тени, а эмоции - из сферы Анимы и Анимуса. И, таким образом, архетипы, взаимосогласуясь на индивидуальном уровне, обеспечивают целостность жизни и целостность личности. Если невозможна нормальная ассимиляция архетипа, то личность формируется усеченной: выпадает соответствующий архетипу психологический объем, архетипические образы на уровне индивидуума "засоряются". В этом случае мы сталкиваемся, говоря словами К. Роджерса, с "частично функционирующей" личностью - с невротической личностью. Этот процесс может охватить целую культуру. Так, движение радикального феминизма, отстаивая социальное равенство полов, игнорирует их биологическое и психологическое различие. Антимужские установки практически означают неадекватную ассимиляцию архетипов Великой Матери и архетипа женщины. Такая культура становится невротической, порождая невротические личности. Таким образом, 1) первичной является фемининная идентичность ребенка, от которой следует освободиться в ходе развития. Если мальчик отказывается от необходимого освобождения от привязанности к матери и идентифицируется с ней, то у него развивается невроз; 2) маскулинность и фемининность могут сосуществовать в психике человека; 3) между маскулинностью и фемининностью существуют отношения противоположности, которые могут варьировать от конфронтации и борьбы до гармонии.

#### 1.1.5. Трансперсональная концепция маскулинности/фемининности

Рассмотрим соотношение мужского и женского в европейской эзотерической духовной традиции (Е. Весельницкая, 1993). Одним из первых энергетических делений мира на наиболее объектном уровне есть деление на МУЖСКОЕ начало и ЖЕНСКОЕ начало мира. Это самое первое разделение после того Абсолюта, которое есть все и ничто. Поэтому принцип существования мужского и женского должен пронизывать все, в чем задействован человек: пару - как самое минимальное в соединении мужского и женского, и максимально - всю историю человечества. Поэтому Мужское и Женское - это не только

личные образования, но прежде всего некоторые надличные энергетические процессы, потоки. С наступлением пубертата в женщине и мужчине открывается соответственно Женский и Мужской объем. Женщина через медитацию может присоединяться к Женскому потоку, к Женскому Началу Мира как таковому. Этот поток не растворяет женскую самотождественность. Женский надличный поток и Женское начало личности имеют энергетические характеристики, являются энергетическим знанием. Женская энергия имеет четыре качества: Кали, Лакшми (в европейском варианте Афродита), Мать и Огонь. Кали – это выражение того аспекта женской сущности, который несет в себе смерть и разрушение всему, что неискренне, всему тому, что мешает рождению и продолжению жизни на Земле. Лакшми – это то качество женской энергии, которое объективируется через творческое начало любви. При этом доминирует душевная сторона любви. Следующая энергетическая характеристика – Мать. Ценностью для Матери является любая жизнь, как таковая. И, наконец, последняя энергетическая ипостась Женского – Огонь. Огонь не для сжигания, но для закалки. Диапазон Женского включает все 4 энергетические характеристики. В каждой женщине доминирует определенный аспект женского, который может сменяться со временем другим. Освоение разнообразных аспектов женской энергии увеличивает объем осознания смысла женского в Мирах. Женское не противостоит Мужскому, но дополняет его до целого. Взаимоотношения мужского и женского построены по принципу цикличности, спиральности. Ева Весельницкая описывает 3 мужских и 3 женских функции в целостной спирали. Женскими функциями являются: предоставление пространства, заполнение, освоение. Мужскими функциями являются: направление, организация, точка. Мужские функции чередуются с женскими. Женщина не должна выполнять мужские функции.

Е. Весельницкая пишет: "Я никогда не поддерживаю женское движение, которое борется за свои права занять место мужчины в этом мире; поэтому я никогда не поддерживаю пропаганду мужских смыслов для реализации женщин". Таким образом, мужское и женское образования: 1) надличны; 2) комплементарны, образуют Целостность; 3) Женское не тождественно сексуальному. Более того, женское – это даже не часть сексуального (или наоборот).

"Сексуальная энергия, – по мнению автора, – это есть интеграция женской или мужской и витальной энергий. Только интеграция этих двух качеств, их слияние, соединение и порождает сексуальную энергию. И поэтому, когда мы говорим о тайнах, связанных с женской энергией, то меньше всего речь идет о сексуальных проблемах... Женская энергия и ее значимость равны значимости жизни..." (Е. Весельницкая, с. 71). Иначе говоря, Женское и Мужское десексуализированы. В этой концепции ясно, как реализуется Целостность на уровне социума (или, как говорит автор, Человечества), но совершенно непонятно, как Мужское и Женское сосуществует в рамках одной личности как персональные образования.

#### 1.1.6. Перинатальный подход

С.Гроф (1993) рассматривает перинатальную динамику. Он обосновывает концепцию базовых перинатальных матриц (БПМ). БПМ-I-это безмятежное состояние плода, который находится в изначальной ситуации безопасности, сытости, тепла и т.п. БПМ-II -это начало схваток, когда шейка матки раскрыта недостаточно, и плод ощущает, что мать его выталкивает, отказывает ему в "доме". Психологически плод ощущает отсутствие перспективы, безвыходность, депрессию. БПМ-III -прохождение плода по родовому каналу, переживание возбуждения, агрессии, страха, удушья и т.п. БПМ-IV -"выход" ребенка.

Станислав Гроф также описывает проблемы идентификации с женским полоролевым поведением у женщин, связанные с БПМ - III. Так, женщине, имеющей проблемы в БПМ-III (восприятие материнского влагалища как *vagina dentata*, т.е. как способного уничтожить плод в период родов) "будет трудно признать свою принадлежность к женскому полу, свою сексуальность и детородную функцию, так как для нее женственность и обладание влагалищем ассоциируется с пыткой и убийством. Чтобы вполне освоиться с ролью женщины и соответствующим сексуальным поведением, необходимо проработать воспоминание о родовой травме" (С. Гроф, 1993, с. 235). Таким образом, по С. Грофу фемининность это то качество, к которому женщина должна открыться через определенную внутреннюю работу.

#### 1.1.7. Генезис маскулинности в концепции научно-исследовательского проекта АН СССР

"Социально-психологические проблемы социализации и усвоения половых ролей"

В статье Ю.Е. Алешиной и А.С. Волович (1991) представлено краткое изложение теоретической концепции указанного исследовательского проекта. Согласно этой концепции, первичной является фемининная идентификация ребенка - идентификация с матерью. Более того, сами базовые ориентации ребенка по отношению к миру фемининны, так как включают такие традиционно женские особенности, как зависимость, подчиненное положение, пассивность и т.п. Таким образом, мальчик является изначально фемининным существом. В своем развитии он должен решить достаточно трудную задачу становления маскулинной половой идентичности. Общество накладывает достаточно жесткие санкции за уклонение мальчика от мужских полоролевых нормативов. Причем, мужская идентичность, в связи с отсутствием четких мужских нормативов, строится на негативном основании: нельзя быть похожим на девочек, нельзя участвовать в женских видах деятельности и т.п. Стимуляция маскулинности со стороны взрослых также является преимущественно негативной: не поощрение "мужских" проявлений, а наказание за "немужские". От ребенка требуется делать что-то такое (мужское), что не является для него достаточно ясным. Причем, средствами

"втаскивания" (по другому это не назовешь) мальчика в маскулинный мир являются угрозы и гнев близких ему людей. В связи с этим у ребенка нарастает тревога, что часто проявляется в чрезмерных усилиях быть маскулинным и в паническом страхе сделать что-то "женское". В результате мужская идентичность формируется прежде всего как результат отождествления себя с некоторой статусной позицией, или социальным мифом "каким должен быть мужчина". Созданная таким образом полоролевая идентичность является диффузной, легко уязвимой и одновременно очень ригидной. Мы не рассматриваем детали этой концепции. Хочется лишь отметить, что в данной концепции ничего не говорится о позитивной идентификации мальчика с отцом, о его страстном желании быть похожим на отца (или его субститут). Создается полное впечатление, что мальчик вынужденно расстается со своей фемининностью, как с материнской пуповиной, из-за страха, и что он становится мужчиной вопреки собственному желанию. Думается, что описанный авторами механизм генезиса маскулинности у мальчиков имеет место в реальности, но скорее представляет собой вариант отклонения от нормального идентификационного механизма, и, поэтому, адекватен лишь небольшому числу мальчиков. Выраженная маскулинность, "мужской протест" мальчиков-подростков, по мнению авторов, позволяет им "откреститься" от "женского мира", его ценностей, и создать свой "мужской мир". Эта идея, как нам представляется, верно отражает сложности процесса маскулинизации мальчиков, трудности прохождения ими маскулинных фильтров. Сами структуры маскулинности, в представлении указанных авторов, являются вторичными социогенными, вынужденными образованиями, подавляющими первичную фемининность мальчика. Кроме того, вызывает сомнение то, что авторы отождествляют пассивность, зависимость новорожденного с его фемининностью. Еще З. Фрейд (1989) отмечал невозможность сведения маскулинности к активности, а фемининности - к пассивности. Исходя из представленной концепции, фемининность мужчины можно трактовать и как его инфантильность, и как его стойкость в борьбе с окружением, насильно маскулинизирующим его.

1.1.8. Маскулинность/фемининность в эволюционной теории пола В.А. Геодакян (1989) в 1965 году предложил концепцию, согласно которой дифференциация полов является результатом специализации живых организмов по двум главным аспектам эволюции: сохранения и изменения генетической информации. Адаптивные, следящие системы, эволюционирующие в изменчивой среде, дифференцируются на две сопряженные подсистемы - с консервативной и оперативной специализацией. Это повышает устойчивость систем. Согласно этой концепции женское начало является стабилизирующим, а мужское - изменчивым, подверженным эволюции. Эта теория трактует и психологические различия полов. Женский пол более адаптируем, "воспитуем", мужской - более изобретателен и находчив. Например, в зоне дискомфорта от холода женские

особи адаптируются физиологически, наращивая слой подкожного жира, а имеющие с ними одинаковый генотип мужские - поведенчески: или изобретут шубу (огонь, пещеру), или погибнут. Следовательно, разной нормы реакции вполне достаточно для возникновения психологического полового диморфизма: женский пол специализируется по адаптации к существующим условиям, а мужской пол - в поиске новых путей для будущего. Поэтому мужчины предпочитают и лучше решают новые задачи (максимальные требования к новаторству и минимальные - к совершенству решений), а женщины предпочитают и успешнее решают не новые задачи (минимальные требования к новаторству и максимальные - к совершенству решений). В историческом эволюционном плане любое умение проходит две фазы: 1) фазу поиска и 2) фазу закрепления. В первой фазе, когда задача еще новая, преимущество имеют мужчины. Во второй фазе, когда задача уже знакомая, преимущества на стороне женщин. Этой концепцией В.А. Геодакян объясняет профессиональные предпочтения, лучшие показатели женщин по всем вербальным тестам, а мужчин - по пространственно-зрительным; большее количество мальчиков среди "трудных" подростков и т.п. Следовательно, в концепции В.А. Геодакяна мужское и женское находятся не в конкурентных отношениях, а в комплементарных. Поэтому правильная социальная концепция пола будет не та, что игнорирует биологически-эволюционные различия полов, не та, которая отстаивает их социальную "одинаковость", а та, которая поймет их равноправие через их различную биологическую, психологическую и социальную неодинаковость, комплементарность.

Таким образом, 1) объяснительные схемы мужского и женского поведения, личности, сознания и т.п. могут лежать совершенно в различных плоскостях - от трансперсональных - через перинатальный опыт и инфантильную биографию - к социально-ролевым. Это позволяет ставить вопрос о маскулинности/фемининности как о разноуровневых феноменах, имеющих многомерную детерминацию; 2) в одних концепциях между маскулинностью и фемининностью существуют отношения конкуренции и борьбы, в других - комплементарности; 3) в ряде приведенных концепций полагается, что психика человека не может одновременно содержать как маскулинные, так и фемининные элементы. Если же эти два разных элемента и содержатся в психике, то они неравнозначны: один элемент представляет зрелые тенденции, а второй - инфантильные, или регрессивные. Некоторые авторы, напротив, полагают, что признаком психического здоровья является сосуществование двух психических элементов - маскулинности и фемининности; 4) одни авторы рассматривают в качестве первичного элемента - маскулинность, а другие - фемининность; 5) дисбаланс между маскулинностью и фемининностью является фактором, предрасполагающим к развитию невроза. Следовательно, проблема функционально-структурных характеристик организации образований маскулинности и фемининности решается далеко не однозначно. Причем, это касается некоторых целостных теорий

личности, в рамках которых маскулинность/фемининность являются хотя и важными, но все-таки частными аспектами личностного функционирования. Рассмотрим особенности структурной организации образований маскулинности/фемининности на основании работ, специально посвященных этому предмету.

### 1.2. Структурные модели организации симптомокомплекса маскулинность/фемининность

До 1970 г. маскулинность (М) и фемининность (Ф) рассматривались как простой биполярный конструкт. Это означает, что если человек имеет высокие показатели маскулинности, то его показатели фемининности - низки. В классической работе О. Вейнингера (1992, с. 18) представлена именно эта модель: "... мужчина и женщина являются как бы двумя субстанциями, которые в самых разнообразных соотношениях распределены на все живые индивидуумы, причем коэффициент каждой субстанции никогда не может быть равен нулю. Можно даже сказать, что в мире опыта нет ни мужчины, ни женщины, а есть только мужественные и женственные". Автор пишет, что идеальные мужчины, где фемининность равна нулю, и идеальные женщины, где маскулинность равна нулю, "в действительности не существуют". О. Вейнингер (1992, с. 58) отмечает, что "... в психологии не следует бояться отыскивать то процентное содержание М и Ф, которым обладает каждый индивидуум". Итак, в человеке имеются и мужские, и женские элементы, но их "совместное существование... в человеке не следует понимать в смысле полной или приблизительной одновременности и того, и другого элемента" (О. Вейнингер, 1992). Автор и в отношении морфологии, и в отношении психологии отстаивает принцип половых промежуточных форм. Этот принцип ориентирует исследование на поиск различных вариантов соотношений мужского и женского в психике человека. Этими соотношениями объясняется и характерология, и девиация психосексуальной ориентации (гомосексуализм), и выбор брачного партнера, и многое другое. Такая модель маскулинности/фемининности обозначается как континуально-альтернативная. Схематически она может быть представлена следующим образом (рис. 2 - по Д.Н. Исаеву, В.Е.Кагану, 1986, с. 20):

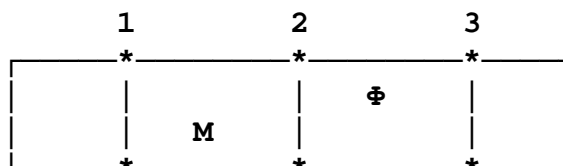


Рис.2. Континуально-альтернативная полоролевая модель. 1,2,3 - отдельные индивиды, отличающиеся пропорциями мужского и женского.

В альтернативно-континуальной модели связь параметров маскулинности и фемининности отрицательна. Constantinople (1973) выражает сомнение в истинности такой концептуализации маскулинности/фемининности, и рассматривает их как

независимые переменные. Этому имеется множество доказательств. В частности, между показателями М и Ф в полоролевом опроснике S. Bem (1974) корреляция находится в пределах нуля (от -0,14 до +0,11). D. Baucorn (1976) отмечает, что корреляция между полоролевыми шкалами Калифорнийского психологического опросника (Gough, 1957) не достигает значимого уровня. Связь между маскулинностью и фемининностью, измеренная Personal Attributes Questionnaire, также не достигает значимого уровня. Авторы не только не подтвердили высокую негативную корреляцию М и Ф (как должно было бы быть в случае альтернативно-континуальной модели), но, напротив, выявили слабую, не достигающую значимого уровня, позитивную корреляцию этих шкал ( $r = +0,14$  для женщин и  $r = +0,47$  для мужчин). А.В. Heilbrun (1981) с помощью полоролевой ACL-шкалы (см. главу 6) исследовал 471 мужчину и 668 женщин. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Вариации фемининности при изменении уровня маскулинности (А.В. Heilbrun, 1981).

ПОЛ	Уровень маскулинности								
	<35	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	> 69
Муж.									
N	21	40	80	79	96	77	27	29	22
M	55,71	53,60	49,80	49,59	47,47	45,70	46,81	38,34	33,82
Жен.									
N	52	73	116	94	143	85	43	34	28
M	54,88	52,83	52,87	50,09	48,44	49,34	45,51	45,15	42,89

М - средние величины фемининности в Т-показателях.

Как видно из таблицы 1, между маскулинностью и фемининностью существует низкая отрицательная связь. Эти данные также свидетельствуют о том, что по мере роста показателей по шкале маскулинности, значения по шкале фемининности падают. Однако, у женщин это постепенное снижение фемининности на крайнем полюсе маскулинности, а у мужчин - быстрое снижение. Высокие негативные корреляции М- и Ф- параметров, характерные для континуально-альтернативной полоролевой модели, наблюдаются лишь на полюсах: у гипермаскулиных мужчин. Таким образом, анализ показывает, что на крайних полюсах выраженности М- и Ф-показателей между ними существуют отношения взаимоисключения, а при средней выраженности этих показателей между ними возникают отношения взаимнезависимости.

Иначе говоря, лишь только для полюсов параметров маскулинности и фемининности валидна континуально-альтернативная модель, а при их средней выраженности - ортогональная, когда маскулинность и фемининность взаимнезависимы (см. рис. 3).

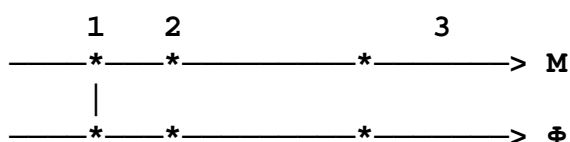


Рис. 3. Андрогинная полоролевая модель. 1,2,3 - отдельные индивиды.

Уже этот вывод показывает ограниченность каждой из анализируемых моделей полоролевого поведения. Дальнейшие исследования (А.В. Neilbrun, 1981) показали, что на соотношение показателей маскулинности и фемининности помимо их выраженности влияет также и фактор пола. Так, среди студентов мужского пола эта связь составляет "-0,42", а среди женщин - "+ 0,24". Кроме того, как мы уже отметили выше, связь М и Ф - показателей проявляется по-разному у мужчин и женщин на экстремумах (полюсах) указанных параметров. Высокая отрицательная связь М и Ф - показателей обнаруживается только у гипермаскулиных мужчин. Сама идея независимости М и Ф - шкал связана с концепцией психологической андрогинии. Это, между прочим, означает, что можно выделить не два (как в предыдущей модели), а четыре полоролевых типа: андрогинный (высокие показатели как маскулинности, так и фемининности), маскулинный (высокие показатели М и низкие Ф), фемининный (низкие показатели М и высокие Ф) и недифференцированный в полоролевом отношении (низкие М- и Ф-показатели). Андрогинная модель направляла многочисленные исследования самооценки, самоуважения, коммуникативной компетентности, катексиса тела, удовлетворенности браком, социальной адаптированности, агорафобии и т.п. (L.J. Allpert-Gillis, J.P. Connel, 1989; S. Lau, 1989; C.D. Peterson et al., 1989; S. Shim, A. Kotsiopoulos, 1990 и др.]. Вместе с тем оказывается, что обе приведенные полоролевые модели являются ограниченными в трактовке соотношения мужского и женского в человеке. Думается, что психологические модели полоролевых свойств являются культурно-обусловленными. До 60-х годов в культуре существовал достаточно жесткий инструментальный норматив маскулинности, противостоящий и исключаящий экспрессивный норматив фемининности. Мужской и женский мир противостояли друг другу в культуре, что отражалось в структуре профессиональной занятости, в специфической традиционной форме организации семей и т.п. В середине XX в. оформляется гуманистическая психология, отражающая факт освобождения человека от нормативной зависимости. Нормативная регуляция социального поведения оказывается недостаточной, а ее место начинает занимать ценностная регуляция. Самоактуализирующийся человек, или полностью (versus частично) функционирующая личность (C. Rogers, 1961), являющаяся новым культурным идеалом человечности, во многом несет "женские" черты: мягкость, сострадательность, отзывчивость, внимание к людям и т.п. В частности, в подходе К. Роджерса прямо делается акцент на "прозрачности", незамутненности человеческих отношений, на качестве контакта, важным составляющим которого являются такие



экспрессивные (а потому и фемининные) качества как эмпатическое понимание и безусловное позитивное отношение (т.е. позитивное отношение к человеку без и вне всяких условий, что представляет собой чисто материнскую ценность). В кросскультурных коммуникациях в рамках специально организованных workshop`ов "встречаются" люди различных национальностей, профессий, религиозной принадлежности для того, чтобы найти путь друг к другу и измениться. Таких workshop`ов до лета 1996 года в рамках подхода, ориентированного на человека, К. Роджерса было 24. С. Rogers (1961, с. 33) в качестве позитивного полюса, к которому идет личность, обозначил "изменчивость, текучесть, богато дифференцированные реакции, непосредственное переживание чувств...". Очевидно, что эта ориентированность на переживание представляет собой фемининную ориентацию. В обществе изменяется структура профессиональной занятости мужчин и женщин, усиливается феминистическое движение, формируется новый тип брака - эгалитарный брак и т.п., мужчины и женщины как бы сближаются по многим социальным и социально-психологическим параметрам. Ранее говорилось о безусловном психологическом различии полов, которое интерпретировалось как биологически обусловленное, не зависящее от факторов среды и воспитания. Это прежде всего касается пространственного воображения, математических способностей и вербального интеллекта. Утверждение идеи социального равенства полов обнаружилось в том, что в литературе за последние 10-15 лет все больше данных в пользу именно социокультурной, а не биологической детерминации половых различий. Социальная половая сегрегация сменилась периодом "мирных переговоров" между полами, зачастую игнорирующим факт биологического различия полов (Ю.Е. Алешина, А.С. Волович, 1991). Одним словом, общество санкционировало мужчине "носить в себе женское", а женщине - "носить в себе мужское". В этом смысле психологические модели полоролевых свойств отражают социально-культурную ситуацию. Но в целом среди исследователей полоролевого поведения (Bem, 1974; Spense, Helmreich, Stapp, 1975) существует согласие в том, что основа маскулинности - инструментальная ориентация, фемининности - экспрессивная. Эта идея исходит от работы Parsons и Bales (1955). Маскулинность предполагает агрессивность, асертивность, доминантность, эмоциональную холодность, высокомерие, высокую самооценку, тщеславие, уверенность, жестокость, рациональность, предприимчивость, откровенность, индивидуализм, молчаливость, самоуверенность и т.п. (А.В. Neilbrun, 1981). Фемининность концептуализируется как экспрессивность, т.е. как эмоциональность, принятие других, эмпатичность и т.п. (А.В. Neilbrun, 1981). Таким образом, несмотря на то, что распространение получила андрогинная полоролевая модель, предполагающая независимость М- и Ф-параметров, существуют экспериментальные доказательства наличия нелинейных связей между этими параметрами. Сущность взаимодействия ортогональных свойств

была прояснена в исследовании Г. Айзенка (цит. по Т.П. Палкина, 1977). В частности, Г.Айзенк отмечает, что невротические экстраверты лучше, чем стабильные экстраверты запоминают легкие слова; при трудных словах - отношение обратное и т.п. В исследованиях школы В.С. Мерлина показана особенность взаимоотношений ортогональных свойств темперамента, которая описывается функциональной зависимостью типа инварианта.

Таким образом, результаты экспериментальных исследований взаимоотношений образований маскулинности и фемининности также неоднозначны, и не позволяют рассматривать ортогональность этих образований как безусловную их независимость. Эти исследования дают экспериментальные доказательства приведенным выше идеям конкурентных, комплементарных и т.п. взаимоотношений между маскулинностью и фемининностью. Остаются невыясненными условия реализации того или иного типа взаимосвязи М- и Ф-образований. Из приведенных выше работ ясно, что эти образования выполняют важную, но не совсем ясную роль в функционировании личности и поведения. Во всяком случае она по-разному определяется в работах указанных авторов. Кроме того, закономерности развития и функционирования образований маскулинности и фемининности, выявленные в работах психоаналитического направления, часто носят весьма спекулятивный характер и нуждаются в верификации в рамках конкретно-эмпирического исследования. Формируясь в детстве, эти образования вряд ли являются периферийными в структуре психики человека. Вместе с тем, исследовались лишь частные аспекты полоролевого функционирования (стереотипы маскулинности/фемининности, их структура и динамика, связь маскулинности/фемининности с самоуважением, катексисом тела и т.п.). Систематические же исследования маскулинности и фемининности как целостного образования, его структуры и функции в обеспечении функционирования личности в отечественной психологии не проводились.

Системообразующим в работе является принцип "норма-патология". Нас интересуют особенности структуры, функции и возрастной динамики становления М/Ф-симптомокомплекса, а также патогенетическая и/или предрасполагающая роль нарушений полоролевой структуры в формировании неврозов, психосоматической патологии и выраженных расстройств поведения.

## Глава 2. Симптомокомплекс маскулинности/фемининности в норме.

### 2.1. Структура М/Ф-симптомокомплекса

В литературе выделяют три полоролевых модели: дихотомическую, континуально-альтернативную и андрогинную. Причем, в последнее время истинной как в концептуальном, так и в психодиагностическом планах признается андрогинная модель. Между тем, ряд экспериментальных данных, имеющих в литературе, находится с ней в противоречии. Поэтому мы попытались верифицировать андрогинную модель и выявить условия, при которых функционируют другие модели. В таблице

2 представлены коэффициенты корреляций М- и Ф-параметров в группах женщин разного возраста.

Таблица 2.

Связь маскулинности и фемининности на различных выборках

Женщины					
Описание выборки	девочки 11-12 л. n=28	девочки 15-16л. n=35	девочки 16-17л. n=18	девушки 17-18л. n=28	взрослые женщины n=27
уровень связи	r=0,43*	p=-0,17	r = 0,23	r=0,11	p = 0,25

\*  $p < 0,05$ ; r - коэффициент корреляции Пирсона; p - коэффициент корреляции Спирмена.

Как видно из таблицы 2, в группе младших подростков женского пола связь М- и Ф-образований значимо положительная, что явно не вписывается ни в андрогинную, ни в континуально-альтернативную модели. По всей видимости, эти данные можно трактовать как наличие еще нерасщепленного единства мужественности и женственности в структуре личности младших подростков. Исследования полоролевых стереотипов в этом возрасте как раз и фиксируют "разрыхление" границ между стереотипами мужского и женского поведения. Отношения между М- и Ф-образованиями у девочек этого возраста характеризуются адьюнктивной функцией (и то, и другое), что позволило нам назвать полоролевою модель, описывающую такой тип взаимосвязи указанных образований, континуально-адьюнктивной. Эта модель отражает незрелую структуру М/Ф-симптомокомплекса у девочек раннего пубертатного возраста. В рамках этой модели маскулинность составляет внутреннее единство с фемининностью. Вместе с тем, такое единство является противоречивым: с одной стороны, девочки критикуют и негативно оценивают свой пол, переоценивая в то же время мужской; с другой, - они солидарны с "женской моделью" поведения в тот момент, когда речь заходит об их собственном будущем, об их самореализации как будущих женщин (М. Кле, 1991). Начиная с периода половой сегрегации (10-11 лет) происходит подготовка к расщеплению образований маскулинности/фемининности: пубертатное развитие сопряжено с ростом желаний у девочек нравиться мальчикам, проявляя женские формы поведения и подавляя мужские. К 15-16 годам процесс расщепления маскулинных и фемининных структур завершается.

В таблице 3 представлены коэффициенты корреляции показателей маскулинности и фемининности в группах мужчин разного возраста.

Таблица 3.  
Связь маскулинности и фемининности

Мужчины		
Подростки 14-15л. n = 20	Подростки 15-16л. n = 16	Взрослые (здоровые) n=30
$r = -0,33^*$	$r = -0,29$	$r = -0,19$

Как видно из таблицы 3, в мужской выборке наблюдается та же закономерность, что и в женской: к 15-16 годам психологические М- и Ф-образования становятся независимыми. Иначе говоря, континуально-альтернативная модель полоролевых свойств у младших подростков в вышеуказанном возрасте сменяется андрогинной. Континуально-альтернативная модель сопряжена с этапом половой сегрегации, который является достаточно жестким маскулинным фильтром. Поэтому мальчики в этом возрасте на уровне Я-концепции отрицают в себе фемининные качества. На рис. 4 представлена возрастная динамика связи М- и Ф-качеств в группах мужчин (сплошная линия) и женщин (пунктирная линия).

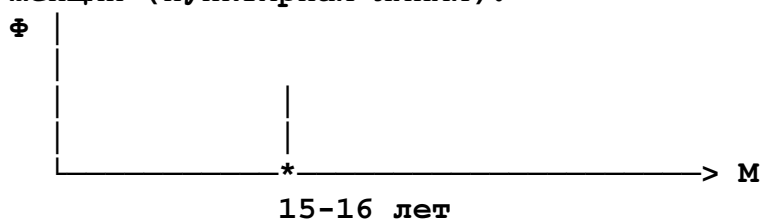


Рис. 4. Возрастная динамика связи М- и Ф-параметров  
Следовательно, можно думать, что андрогинная модель имеет место только с 15/16 - летнего возраста как в женской, так и в мужской популяциях. И, несмотря на то, что Н.W. Marsh и G.E. Richards (1989) приводят экспериментальные доказательства истинности андрогинной модели М/Ф, последняя, как мы видим, имеет возрастное ограничение. Следовательно, можно думать, что андрогинная (ортогональная) модель полоролевых свойств - частный случай взаимосвязи указанных параметров. Истинность модели не решается абстрактно: для различных возрастных (а далее мы покажем и клинических) групп она различна. Нами (1993) выявлен феномен ускорения становления зрелых отношений в рамках М/Ф-симптомокомплекса. В частности, оказалось, что для подростков с нарушенным липидным обменом характерно отсутствие связи между М- и Ф-структурами, тогда как у их сверстников контрольной группы такая связь имела место. Далее мы обсудим патогенетическую роль такого ускорения в развитии сердечно-сосудистой патологии.

Мы также исследовали связи реальных (Мя, Фя) и идеальных (Мид, Фид) М- и ф-образований. На рисунке 5 представлена корреляционная плеяда М/ф-симптомокомплекса.

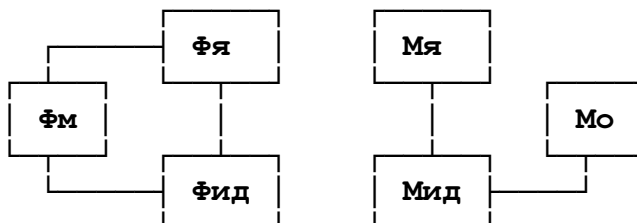


Рис. 5. Структура связей в рамках М/ф-симптомокомплекса. Как видно из рис. 5, в группе психически здоровых лиц сферы маскулинности и фемининности связаны между собой. Причем, связующими (интегрирующими) компонентами в этой структуре являются идеальные М- и ф-образования. Это подтверждает идею А.К. Дусавицкого (1992) об особой (в данном случае саногенной) роли идеал-образований личности. Структура, где имеется опосредованная идеал-образованиями связь реальных М- и ф-образований, имеет относительную независимость М- и ф-свойств личности. Таким образом, М/ф-симптомокомплекс у взрослых психически и соматически здоровых лиц одновременно интегрирован и дифференцирован, что позволяет его рассматривать как сложную структуру.

Мы выявили важность фемининных образований для мужчины в обеспечении супружеской адаптации. В частности, оказалось, что в рамках супружества существует принципиальное противоречие: мужчины удовлетворены браком при высоких показателях собственной маскулинности, женщины же в этом случае браком не удовлетворены. Фактором, разрешающим это противоречие, являются фемининные идеал-образования мужа. Регулятивную роль последних можно объяснить двояко: 1) фемининные качества мужчин делают их более внимательными, эмоциональными и теплыми по отношению к супруге. Маскулинный муж требует от жены подчинения: проблема власти в традиционной семье (а, как считает Дж. Хейли, во всех семьях) является чрезвычайно актуальной. Чем лучше мужчина "справился" с женой, тем больше он удовлетворен браком. Мы говорим "справился" имея ввиду, что муж как бы "убивает" женщину - ее женскую наивность и детскую невинность, и требует от нее эволюции в сторону женской зрелости (Р.А. Джонсон, 1994). Естественно, что это болезненный для женщины процесс. При этом женщина испытывает к мужу амбивалентные чувства (любовь и ненависть). Очевидно, что чем мягче идет этот процесс, тем более удовлетворена браком женщина; 2) как только мужчина обнаруживает в себе внутреннюю женственность, он перестает требовать от находящейся рядом женщины, чтобы она жила только ради него (Р.А. Джонсон, 1994). Мужчина без выраженных качеств фемининности нуждается в постоянном принятии и позитивной оценке женщины (внешней фемининности). При этом отношения становятся напряженными: мужчина ждет от женщины (жены) постоянное подтверждение своей состоятельности. Таким

образом, идеальные ф-образования у взрослых мужчин выполняют важные регулятивные функции.

Теоретики процесса идентификации исходят из того, что начальные привязанности ребенка фиксируются на женском образе, поэтому у мальчиков долгое время сохраняются следы женской идентификации, затрудняющие становление их полоролевой идентичности. Как свидетельствуют наши данные, высокую фемининную ориентацию и у мужчин нельзя рассматривать только как психологический рудимент, или как инфантильное образование, от которого следует освободиться. Закономерность, обнаруженная нами, состоит в смещении регулятивных функций фемининности с реальных образований у подростков на идеал-образования у взрослых мужчин. Оказалось, что уровень социально-психологической адаптации (СПА), представляющий собой суммарный показатель по шкалам опросника СПА, отрицательно связан ( $r = -0,37$ ;  $p < 0,05$ ) с уровнем маскулинности девушек 15-16 лет, что совпадает с приведенными выше данными о связи маскулинности женщин с их супружеской дезадаптацией. Вместе с тем, когда мы проанализировали связь уровня маскулинности девушек с отдельными шкалами опросника СПА, то оказалось, что он негативно связан с 1-й (принятие - неприятие себя) и позитивно - со 2-й (принятие - конфликт с другими) шкалами опросника. Эти две шкалы представляют два разных аспекта адаптационных процессов: психический и социальный. И таким образом, можно думать, что маскулинность женщин отрицательно связана с адаптацией за счет ее психической составляющей, и положительно - с социальным аспектом адаптации - принятием других. Выявленная нами связь между маскулинностью, с одной стороны, а также страхом и стыдом, - с другой, подтверждает гипотезу о негативном влиянии маскулинности на психическую адаптированность женщин. Кроме того, оказалось, что маскулинность девушек на значимом уровне позитивно коррелирует с их деловым (0,48) и эмоциональным (0,43) статусами в группе мальчиков. Это подтверждает гипотезу о позитивном влиянии маскулинности на социальную адаптированность. Высокий уровень маскулинности приводит к достаточно напряженному внутреннему полоролевому конфликту, снижая уровень психической адаптированности женщины. В литературе имеется множество несогласованных данных по вопросу связи М/ф - показателей с адаптацией, самооценкой, самоуважением и т.п. Показана позитивная связь маскулинности с самоуважением (напр., L.J. Alpert-Gillis, J.P. Connel, 1989). В исследовании S. Lau (1989) выявлено, что маскулинность подростков в большей степени определяет самоуважение, чем фемининность. В исследовании A.B. Neilbrun (1981) показано, что высокомаскулинные мужчины и женщины имеют более высокую самооценку, чем низкомаскулинные. В данном случае речь шла о самооценке внешности и личностных особенностей. Автор указывает, что его данные согласуются с результатами исследований Kelly и Worrell (1977). В других работах (напр., J.E. Butcher, 1989) такой связи не выявлено; ряд авторов показывает наличие такой связи на одних

выборках, и ее отсутствие - на других (N. Grieve et al., 1988). В последнем случае авторы показали, что у итальянских девочек с традиционными полоролевыми стереотипами связи маскулинности с самоуважением нет, т.к. их самоуважение связано с традиционно женскими чертами, ориентациями и видами деятельности. У англоязычных девочек, напротив, такая связь имеется: их самоуважение связано с маскулинностью, с ценностью для них маскулинных личностных черт, профессий, половых ролей. В других исследованиях (С.А. Latkin, 1989) выявлена позитивная связь между фемининностью и самоуважением. Это было исследование общины Раджниша, в которой выражены ориентации на духовность, а не на занятие определенного места в обществе. Выявлена положительная связь фемининности с адаптированностью женщин в профессиональных коллективах (В.Н. Steenbarger, R.P. Greenberg, 1990). Вместе с тем адаптивность/дезадаптивность функций маскулинности и фемининности не может решаться абстрактно. При совпадении социальных требований с личностными диспозициями маскулинность (фемининность) является социально адаптивной. Это и обуславливает социальную адаптивность маскулинности как фактора обеспечивающего социальный успех, в том числе и для женщин. Иначе говоря, социальная адаптивность маскулинности/фемининности - это не универсальная, а конкретно-культурная ее характеристика.

## 2.2. Регулятивные функции симптомокомплекса маскулинность-фемининность в когнитивной сфере

Как мы уже говорили, современные концептуализации маскулинности и фемининности, идущие от работ Парсонса и Бейлса, рассматривают маскулинность как инструментальность, что в терминах когнитивной сферы прежде всего предполагает ориентацию на предметный интеллект, а фемининность - как экспрессивность и ориентацию на социальный интеллект. В литературе (G. Ekvall, 1969; М. Habib, S. Faure, 1990; V.A. Mann et al., 1990 и др.) описано различие по вербальному и невербальному интеллекту мужчин и женщин. Причем, одни исследователи связывают это различие с особенностями мозговой латерализации у мужчин и женщин и концентрацией фетальных андрогенов (М. Habib, S. Faure, 1990 и др.), другие (V.A. Mann et al., 1990; Н. Stumph, E. Kleime, 1989) - с личностными особенностями (неуверенность в себе). Этот половой дипсихизм дополнен концептом "полоролевая идентичность". В частности, показано, что не просто мужчины лучше решают задачи, а высокомаскулинные мужчины (Ch. Brems, М.Е. Johnson, 1989), что уровень речевого развития связан не столько с физическим полом ребенка, сколько с концентрацией эстрогенов в плазме крови (Р.Мс Cardle, В.Е. Wilson, 1990). В исследовании М.Е. Bernard и соавт.(1990) обнаружено, что юноши с высокими показателями маскулинности имеют более низкий уровень интеллекта, чем юноши с невысокими показателями маскулинности. Девушки с невысокими показателями фемининности имеют более высокий уровень интеллекта, чем девушки с высокой фемининностью.

В настоящем исследовании нами проверялась связь маскулинности и фемининности с уровнем интеллекта. Было обследовано 60 подростков в возрасте 14-16 лет. В работе были использованы следующие интеллектуальные методики: тест "Техническое мышление", тест квадратов, общий тест классификации, которые диагностируют разные стороны интеллектуальной деятельности (Testy psychologiczne..., 1980).

В таблице 4 представлена корреляционная матрица нашего исследования.

Таблица 4. Взаимосвязь различных сторон интеллектуальных проявлений с маскулинностью (М) и фемининностью (Ф)

	ТМ	ТК	О Т К			Физ	М-ка	Р.яз.	М	Ф
			Сл	Ср	П					
ТМ	><	.59*	.79*	.70*	.70*	.756*	.756*	.16	-.13	-.11
ТК		><	.774*	.72*	.69*	.56*	.57*	.30	.14	-.21
СЛ			><	.83*	.82*	.71*	.71*	.38*	-.03	-.27**
СЧ				><	.87*	.68*	.70*	.36*	-.08	-.18
П					><	.68*	.74*	.41*	-.08	-.17
Физ						><	.77*	.52*	.02	-.26**
М-ка							><	.65*	-.02	-.16
Р.яз								><	-.10	-.14
М									><	.27**

\* -  $p < 0,01$ ; \*\* -  $p < 0,05$

Обозначения: ТМ - тест техническое мышление; ТК - тест квадратов; ОТК - общий тест классификации; Сл- словарь; Сч-счет; П - пространство; Физ - успеваемость по физике; М-ка- успеваемость по математике; Р.яз.- успеваемость по русскому языку; М -маскулинность (по шкале ACL); Ф-фемининность (по ACL).

Как видно из таблицы 2.15., выявлена взаимосвязь различных сторон интеллектуальной деятельности на высоком уровне значимости. Фемининность отрицательно связана с успеваемостью по физике и с успешностью в субтесте Словарь ОТК. Мы также рассчитали связь Ф с ТК при устранении влияния на эту связь фактора М ( $r_{ф.тк-м}$ ). Эта корреляция составила -0,26 ( $p < 0,05$ ). Следовательно, в отсутствии влияния маскулинности фемининность значимо отрицательно связана с пространственным мышлением. Этот результат согласуется с рядом приведенных выше литературных данных. Вместе с тем, нами выявлена и совершенно неожиданная отрицательная связь фемининности с субтестом "Словарь". Показатель маскулинности не коррелирует ни с одним из показателей интеллекта. Для более точных выводов был проведен факторный анализ (см. табл. 5).



Таблица 5.

Факторная матрица после ротации (метод Varimax)

Показатели		фактор 1	фактор 2	фактор 3
ТМ		0,853	-0,234	0,013
ТК		0,802	-0,161	0,178
ОТК	Словарь	0,927	-0,071	0,018
	Счет	0,911	-0,017	0,038
	Пространство	0,907	0,046	0,063
Математика		0,794	0,420	0,132
Русск. язык		0,415	0,793	0,026
Маскулинность		0,084	-0,357	0,756
Фемининность		-0,312	0,079	0,758

Были выделены три фактора, вклад которых в результаты тестирования составляет 78,3 %. Первый фактор - фактор интеллекта. Его факторные нагрузки наиболее высоки по интеллектуальным показателям : ТМ - 0,85; ТК - 0,80; Сл - 0,93; Сч - 0,91; П - 0,91. Нагруженность этим фактором показателя фемининности составляет "- 0,31". Таким образом, фактор интеллекта можно интерпретировать как биполярный : один полюс - интеллектуальная продуктивность, другой - фемининность. Нагрузка показателя маскулинности по этому фактору составляет 0,08. Второй фактор - фактор академической успешности. Наиболее высокие факторные веса по показателям: успеваемость по математике (0,79) и по русскому языку (0,42). Нагруженность этим фактором показателя маскулинности составляет -0,36. Можно думать, что маскулинность отрицательно связана с учебной успешностью из-за меньшей послушности, большей разбросанности, меньшей усидчивости маскулинных индивидов. Третий фактор - полоролевой, в который с большими весами вошли маскулинность (0,76) и фемининность (0,76).

Таким образом, в нашем исследовании подтвердился факт независимости параметров "интеллект" и "маскулинность", полученный М. Choynowski (1980). Вместе с тем М. Choynowski рассматривает "маскулинность-фемининность" как биполярный конструкт, т.е. что и маскулинность, и фемининность ортогональны по отношению к интеллекту. В нашем исследовании, однако, оказалось, что фемининность отрицательно связана с интеллектуальными проявлениями. Этот факт является косвенным аргументом в пользу андрогинной, а не биполярной концепции структуры симптомокомплекса маскулинность/фемининность.

### Глава 3. Симптомокомплекс маскулинности/фемининности при неврозах и психосоматических расстройствах

#### 3.1. М/ф-симптомокомплекс при неврозах

##### 3.1.1. Невротический характер в полоролевом контексте

Современный этап клинического изучения неврозов связан с признанием полифакторной этиологии неврозов, идеи динамического взаимодействия предрасполагающих, запускающих, тормозящих и т.п. биологических, психологических и социальных факторов (П.В. Волошин и соавт., 1995; Б.Д. Карвасарский, 1985, 1990; Н.Д. Лакосина и М.М. Трунова., 1994; А.М. Свядощ, 1982 и др.). Б.Д. Карвасарский (1990), отмечая необходимость дополнить нозоцентрический подход антропоцентрическим, ориентирует на поиск, в том числе, и внутриличностных механизмов неврозопорождения и симптомообразования. Вопрос о преморбидных характерологических особенностях, предрасполагающих к формированию неврозов нельзя считать решенным, а между тем целесообразность исследований в этом направлении важна в аспектах прогноза, психотерапии и психопрофилактики неврозов (Б.Д. Карвасарский, 1990). Этот вопрос часто решается в духе преформизма: определенным типам акцентуаций и черт характера свойственны определенные типы невротических расстройств. В этом случае концепция "слабой почвы" практически превращается в патогенетическую, а механизм формирования невроза может быть представлен как "срыв", декомпенсация, превращение потенциального в актуальное и т.п. Выявлено, что каждому типу невроза соответствует группа облигатных преморбидных черт. Несколько характерологических типажей, уживающихся в одной личности, приводят (как "почва") к соответствующим этим радикалам расстройствам. Б.Д. Карвасарский (1990) в этой связи отмечает, что "неврастеническое звено в структуре личности больных истерией, вероятно, имеет значение в развитии астенической симптоматики". Э.А. Карандашева (1974) выявила у больных истерией с фобическим синдромом черты тревожной мнительности. В рамках симптоматической модели механизм развития невроза описывается метафорой "слабой почвы", однако последняя, при всей ее привлекательности и кажущейся простоте, все-таки не решает проблемы механизма становления невроза и невротического характера. В синдромологической же модели некоторые группы черт могут быть рассмотрены как конфликтные (дискордантные), а сам конфликт может быть концептуализирован как неврозогенный механизм. В настоящей работе мы рассмотрели в качестве дискордантного симптомокомплекса маскулинные и фемининные группы черт: встреча мужского и женского мира внутри личности не менее драматична, чем в культуре. З. Фрейд писал, что в конечном счете устанавливаемый тип примирения (различных инстанций личности - А.К.) определяется относительной интенсивностью врожденной мужественности и женственности у данного индивида. Мы проанализировали характерологический портрет больных с разными формами неврозов с точки зрения, во-первых

отнесенности к мужской или женской полоролевой шкале, и, во-вторых, наличия конфликтности между маскулинными и фемининными качествами. А.П. Федоров (1977) и Л.Д. Малкова (1977) (цит. по Б.Д. Карвасарский, 1990, с. 259-260) дали характерологический портрет по 30 качеств больных с разными типами неврозов. Практически все из приведенных качеств могут быть квалифицированы как маскулинные или фемининные (из списка контрольных прилагательных А.В. Neilbrun). В таблице 6 приведена маскулинно - фемининная характеристика основных форм неврозов.

Таблица 6.

Маскулинно-фемининная характеристика основных форм неврозов

Тип невроза	Маскулинные качества	Фемининные качества
Неврастения	хорошая работоспособность, активность, низкая уступчивость, тенденция к успеху, стремление к чрезмерным усилиям	ответственность *, высокая чувствительность к критике, интенсивность и продолжительность эмоций, выраженная тревожность
Истерия	завышенная самооценка, эгоистичность, эгоцентричность, относительно высокая активность	низкая степень решительности и целенаправленности, значительная внушаемость, сенситивность, тревожность, лабильность
Невроз навязчивых состояний		ответственность, низкие степени активности, уверенности в себе, решительности, целенаправленности; тревожность, мнительность, впечатлительность, чувствительность к критике

В исследовании Н.В. Конончук и В.Е. Мягер (1977) (цит. по Б.Д. Карвасарский, 1990, с. 356) выявлены характерные особенности личностей, больных неврозами : слабость, нерешительность, склонность к рефлексии, зависимость от окружения, поиски одобрения, стремление к нормативности. Это те качества, которые больше свойственны женщинам, и которые входят в фемининную полоролевую шкалу. Ранее мы показали, что фемининность в ряде психоаналитических концепций рассматривалась как незрелость, инфантильность.

Таким образом, невротический характер может быть описан в терминах маскулинно-фемининного симптомокомплекса. Кроме того, можно предположить, что маскулинные и фемининные качества в структуре невротического характера не являются независимыми, а как бы противостоят друг другу (дискордантны). Очевидно, что хотя такие семантические пары как "тенденция к успеху" и "выраженная тревожность", "завышен-

ная самооценка" и "низкая степень решительности и целенаправленности" и т.п. не являются антонимами в лингвистическом смысле, они взаимоисключают друг друга в психологическом смысле.

В.Е. Каган (1991) провел клиническое изучение связи половой идентичности (выраженности маскулинности и фемининности) с этиопатогенезом и клиникой неврозов. В частности, автор выделил следующие типы такой связи : " 1) наличие общих для невроза и структуры половой идентичности условий и причин, 2) включение особенностей половой идентичности в этиопатогенетический комплекс невроза, 3) вариации полоролевого поведения как отражение клинической картины и динамики невроза" (В.Е. Каган, 1991, с. 23). Эти типы взаимосвязей, видимо, можно переформулировать следующим образом: 1) особенности (изменения) половой идентичности сосуществуют с неврозом; 2) полоролевая девиация - причина (одна из причин) невроза; 3) полоролевая девиация - следствие невроза. В.Е. Каган приводит собственные данные о частоте полоролевых сдвигов при разной психопатологии и девиациях поведения (см. табл. 7).

Таблица 7

Представленность не совпадающих с паспортным полом типов изомерности \* (%) по группам испытуемых (В.Е. Каган, 1991, с. 24).

Пол и тип изомерности	Здоровые	Девиантное поведение	Невротические расстройства	Шизофрения
Ф-изомерные мальчики	14,5	26,7	27,2	32,6*
М-изомерные девочки	37,5	37,5	61,5*	60,0*
Всего	20,4	30,4	40,0**	40,0**

( \* - достоверность отличий от контрольной группы  $p < 0,05$

\*\* - достоверность отличий от контрольной группы  $p < 0,1$ )

\* Преобладание маскулинности В.Е.Каган обозначает как маскулинную, а фемининности - как фемининную изомерность (В.Е. Каган, 1991).\*

Как видно, среди невротиков-подростков женского пола преобладают маскулинные девочки. Автор не обнаружил большую частотность фемининных подростков среди невротиков по сравнению с контролем. Автор (В.Е. Каган, 1991, с. 25) связывает полоролевые девиации с морфоконституциональным фактором. Он пишет, что полоролевые девиации особенно выражены при шизофрении, что хорошо согласуется с данными литературы об особенностях эндокринной морфоконституции при шизофрении у взрослых. Правомерно заключить, что вероятность нарушений половой идентичности возрастает по мере эндогенизации психических нарушений". Видимо, невроз может

быть рассмотрен в этиопатогенетическом плане как дискордантная маскулинно-фемининная структура. Основания этой гипотезы содержатся как в приведенных данных, так и в проанализированных в 1.1. теоретических подходах к маскулинности/фемининности. С целью проверки этой гипотезы мы рассмотрим данные конкретных экспериментально-психологических исследований.

### 3.1.2. Структура симптомокомплекса маскулинность/фемининность при неврозах.

В таблице 8 приведены результаты проведенных нами сравнительных исследований на женских выборках различного возраста.

Таблица 8.

Связь маскулинности и фемининности (ACL-шкала А.В. Heilbrun)

Девочки (11-12 лет) n=28	Девочки (15-17 лет) n=53	Взрослые психически здоровые женщины n =27	Взрослые женщины, больные неврозом n =23
r=0,43 *	p=-0,21	p=0,28	r=0,43 *

\* -  $p < 0,05$

Таким образом, у девочек в раннем пубертате и у женщин больных неврозами, отмечается положительная связь между образованиями маскулинности и фемининности (их "сцепленность"), или континуально-адьюнктивная полоролевая модель. Больные неврозами характеризуются инфантильной структурой симптомокомплекса маскулинность/фемининность, которая не описывается зрелой андрогинной полоролевой моделью.

В дипломном исследовании О.Л. Сивогракова (1993), выполненном под нашим руководством, неожиданно было обнаружено отсутствие связи между структурами маскулинности и фемининности в личности женщин, больных неврозами ( $r=0,19$ ;  $n=19$ ;  $p>0,05$ ). Наша задача состояла в том, чтобы понять несогласованность данных: почему в одних, проведенных нами исследований, связь между М-и Ф-структурами есть, а в других отсутствует? Следует отметить, что в первом и втором приведенных исследованиях несколько различна нозологическая структура выборок, что отражено в таблице 9.

Таблица 9.

Нозологическая структура выборок ( в % ).

форма невроза	I исследование	II исследование
Истерический невроз	43,5	78,9
Невроз навязчивых состояний	21,7	0
Неврастения	34,8	21,1

Возможно, что несогласованность данных связана с разницей нозологических структур исследуемых выборок. Мы сравнили корреляционные структуры симптомокомплексов маскулинности/фемининности женщин, больных неврозами с контрольной группой. На рисунках 6 а. и 6 б. представлены корреляционные плеяды М/ф- симптомокомплексов соответственно в группах "невроз" и "контроль".

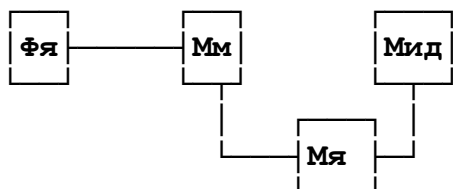


Рис. 6 а.

Структура связей в рамках  
М/ф-симптомокомплекса  
в группе "невроз".

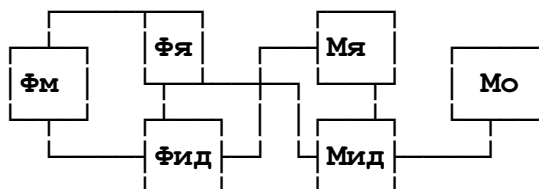


Рис. 6 б.

Структура связей в рамках  
М/ф-симптомокомплекса  
в группе контроля.

Обозначения: фя - фемининность "Я"; Мя - маскулинность "Я"; фид-идеальная фемининность; Мид- идеальная маскулинность; ффемининность отца (в представлении обследуемого); Мо- маскулинность отца; фм - фемининность матери; Мм - маскулинность матери.

Как видно, структура М/ф - симптомокомплексов при неврозе, во-первых, расщеплена, и, во-вторых, имеет значительные особенности. В предыдущих наших исследованиях мы выявили такую особенность М/ф-симптомокомплекса при неврозах, как "сцепленность" (неартикулированность) структуры, когда между образованиями маскулинности и фемининности выявлена положительная связь. В только что приведенном исследовании выявилась другая черта этой структуры - дифференцированность, расщепленность. И, таким образом, структура М/ф-симптомокомплекса при неврозах либо "дифференцирована", либо "интегрирована", что следует рассматривать как простоту структурной организации рассматриваемого симптомокомплекса. Невротическую полоролевою можно рассматривать как инфантильную (параллели с подростковой полоролевой структурой приводились нами выше). В группе психически здоровых женщин сферы маскулинности и фемининности связаны между собой. Причем, связующими (интегрирующими) компонентами в этой структуре являются идеал-образования: представления об идеальных маскулинности и фемининности (см. рис. 6 б.). У больных неврозами идеал-образования маскулинности и фемининности не выполняют интегративной функции, что видно из рис. 6 а. А. Лоуэн (1992) указывал, что механизм защиты на уровне "его" принимает форму идеала "его". Этот "идеал" подавляет (ограничивает) стремление личности к контакту, человеческой близости и любви. Исходя из этой идеи, мы сравнили дистанции фя-фид, Мя-Мид с учетом знака по отдельным качествам маскулинной и фемининной шкал в группах "невроз" и "контроль". В результате оказалось, что невротики считают, что нужно быть

менее осторожными ( $U_p=2,28$ ;  $n_1=n_2=17$ ;  $p<0,05$ ), менее инициативными ( $U_p=2,28$ ;  $p<0,05$ ), менее предусмотрительными ( $U_p=2,28$ ;  $p<0,05$ ), менее трудолюбивыми ( $U_p=2,28$ ;  $p<0,05$ ), менее мужественными ( $U_p=2,04$ ;  $p<0,05$ ), более проникательными ( $U_p=2,52$ ;  $p<0,01$ ), менее сильными ( $U_p=2,52$ ;  $p<0,01$ ), менее деликатными ( $U_p=2,04$ ;  $p<0,05$ ), менее женственными ( $U_p=2,04$ ;  $p<0,05$ ), более хвастливыми ( $U_p=2,28$ ;  $p<0,05$ ), менее искренними ( $U_p=2,28$ ;  $p<0,05$ ), менее теплыми ( $U_p=2,52$ ;  $p<0,01$ ). И, таким образом, актуальная маскулинная и фемининная Я-концепция женщин, больных неврозами, по сравнению с нормой, выглядит следующим образом (см. таб. 10). Таблица 10.

Маскулинная и фемининная Я-концепции женщин, больных неврозами.

Маскулинная Я - концепция	фемининная Я - концепция
Я - осторожная	Я - деликатна
Я - инициативная	Я - женственна
Я - предусмотрительна	Я - не хвастлива
Я - трудолюбива	Я - искренна
Я - мужественна	Я - даю тепло в
Я - сильная	отношениях

Создается впечатление, что Я-идеал и Я-концепция поменялись местами. Следовательно, Я-идеал - это защитные образования у невротиков, которые ориентируют не на развитие, а на позитивную самооценку. В группе психически здоровых женщин идеал образования задают планку личностного развития. В группе психически здоровых женщин можно предположить наличие механизма прямого (Мид-Мя; фид-фя) и перекрестного (Мид-фя; фид-Мя) контроля реальных образований маскулинности и фемининности идеал-образованиями в рамках М/ф-симптомокомплекса (см. рис. 6 б.). Наличие прямого и перекрестного контроля со стороны идеал-образований указывает на их интегрирующую роль. Идеал-образования в группе здоровых женщин "укоренены", хорошо сидят в полоролевой структуре и имеют связи как с Я-образованиями, так и с родительскими образованиями маскулинности и фемининности. В группе невротиков идеал-образования как бы "зависают", не связываются с другими компонентами маскулинно/фемининного симптомокомплекса. И, таким образом, можно думать, что и функция контроля, и функция интеграции у идеал-образований М/ф-симптомокомплекса у больных неврозом снижены, а развивающая их роль замещена защитной. Приведенные данные позволяют предположить, что в группе психически здоровых женщин идеал-образования являются стержневыми, а в группе "невроз" - парциальными, не определяющими личностную структуру.

Мы использовали методику семантического выбора для выявления различий коннотативных значений материнских и отцовских фигур в группе "невроз" и контрольной группе. Коннотативное

значение представляет собой ассоциативное эмоциональное значение. В качестве векторов для ассоциативного "взвешивания" родительских фигур мы выбирали следующие позитивные и негативные эмоции: страх, радость, гнев, любовь и ненависть. Оказалось, что в группе "невроз" нет значимых различий в позитивных установках (чувствах) по отношению к отцу и к матери (критерий знаков,  $n=18$ ,  $k=6$ ;  $p>0,05$ ), тогда как в группе психически здоровых женщин позитивное отношение к матери значимо выше, чем к отцу (критерий знаков,  $n=16$ ;  $k=2$ ;  $p<0,01$ ). Иначе говоря, в семьях женщин, больных невротическими расстройствами выявлено нарушение структуры отношений, и, прежде всего, страдают отношения с матерью.

### 3.1.3. Визуальные образы мужского и женского начал у женщин, больных невротическими расстройствами

Очевидно, что статистические исследования должны быть верифицированы, или, во всяком случае, дополнены анализом отдельных случаев ("case analysis"). На статистическом уровне нами выявлена инфантильная структура симптомокомплекса М/Ф у женщин-невротиков, и, в частности, расщепленность мужского и женского начал личности.

На уровне индивидуального сознания образы маскулинности и фемининности могут быть представлены в любой модальности - визуальной, аудиальной и кинестетической, а также в эмоциях и вербальных конструктах. G. Gendlin (см. M. Siems, 1992) описывает в рамках психотерапевтической техники фокусинга экзистенциальное понятие "felt sense", которое представляет собой темные, неопределенные, невербализованные ощущения в грудной клетке и в животе. Эти ощущения могут быть обозначены как "резонанс в теле" или как "внутренняя аура". Практически "felt sense" - это "язык" бессознательного, которое образует область *implicit* (неоформленный и невербализованный опыт). Область *explicit* - это царство символов и конкретных форм (образов, эмоций и выраженных телесных ощущений).

Нами исследовались лишь визуальные образы мужского и женского, хотя в одном наблюдении это были кинестетические образы. Использовалась техника направленного воображения, широко практикуемая в психосинтезе. Больным давалась следующая инструкция: "Удобно сядьте. Расслабьтесь. Закройте глаза. Обратите свое внимание на дыхание. Ваше внимание стремится изменить естественный ритм дыхания. Попробуйте лишь наблюдать как дышит Ваше дыхание. Лишь смотрите и ничего не меняйте". Это задание позволяло создать позицию внешнего наблюдателя \*, созерцателя. После этого больным говорили: "Обратите внимание на центр своего сердца - центр любви и душевных привязанностей. На выдохе из центра сердца выйдет Ваше женское начало - то существо, которое в Вас и которое выражает Ваше женское начало. Это может быть самый неожиданный образ. Это может быть и маленькая девочка, и взрослая женщина, и даже старуха. Этот образ может быть узнаваем Вами, а может быть шокирующим. Это может быть и статуя, и какое-то неопределенное, бесформенное очертание какого-либо цвета. Этот образ может быть устойчивым, а



может, наоборот, все время меняться. Не пытайтесь "пригвоздить", "остановить этот образ своим сознанием, лишь наблюдайте. Заметьте : нравится ли Вам Ваше женское начало, гордитесь ли Вы им, или, напротив, не любите; довольно ли Вами это женское начало : даете ли Вы ему "пространство", или ограничиваете его. Какого цвета это начало...". Затем такая же процедура проводится для актуализации мужского начала. В инструкции указывается, что образ может не возникнуть. В этом случае не следует его сознательно "строить". Больных просили обратить внимание на взаимоотношения мужского и женского начал : готовы ли они говорить друг с другом, улыбаются ли они друг другу, берут ли они друг друга за руки и т.п., или, напротив, они изолированы и не вступают друг с другом в контакт.

\* В фокусинге этот этап обозначается как "создание пространства", в психосинтезе - как открытие и переживание "самости" (self), в гештальттерапии - как создание "нулевой позиции".\*

Приведем некоторые клинические примеры.

Больная К., 26 лет. Диагноз : истерический невроз, с астено-депрессивным синдромом. Жалобы на чрезмерную раздражительность, слабость, чувство нехватки воздуха, диссомнические расстройства, ночные кошмары, отсутствие чувства отдыха после сна. Анамнез: Единственный ребенок в семье. С 11 лет воспитывалась без отца, родители в разводе. Отца очень любила, но не может простить ему того, что он их бросил. Мать властная женщина, до сих пор пытается контролировать дочь, что приводит к частым конфликтам между ними. Больная считает себя очень похожей на мать. Замужем 6 лет. Имеет сына 5,5 лет. Считает себя главой семьи, ей "приходится по-мужски решать все трудные проблемы". Муж - "тряпка", и это несмотря на то, что полностью содержит семью. Рассказывает, что часто подвергалась "нападению" мужчин, о своих победах над мужчинами. Говорит, что ей нравится сам процесс соблазнения, а не результат.

Психотравмирующей ситуацией, повлекшей госпитализацию в клинику неврозов, явилось то, что больная случайно узнала об измене мужа (нашла его письмо), сильно переживала : плач, боль в груди, попытка заглушить душевную боль самоповреждением (порезы пальцев), затем возникло удушье. В технике направленного воображения образы женского и мужского начал личности возникали легко. Женское начало : девушка в розовом платье 16 лет. Образ цветной, подвижный. Женское начало понравилось. Телесный резонанс образа - покалывание в ногах и в области живота. Мужское начало : паж, одетый в охотничий костюм, верхом на лошади "женщина в мужском костюме", ей 25 лет, она сильная, смелая и энергичная. Образ черно-белый, статичный. Отношение к образу отрицательное : "он вынужден во мне жить, чтобы помочь мне выжить". Телесный резонанс : желание сжать кулаки. Отношения между мужским и женским началом : "Они не уживаются во мне, это два разных человека".

Больная Р. 24 лет. Диагноз : истерический невроз на фоне

черепно-мозговой травмы.

Жалобы на постоянные головные боли, подташнивание, кратковременные потери сознания, раздражительность и нервозность. Сниженный фон настроения, фиксирована на состоянии здоровья.

Анамнез : Замужем с 16 лет (вышла замуж назло матери), имеет троих детей. Очень их любит, говорит, что живет только ради детей. Любит мужа, потому что он такой "славный, как ребенок". Ей приходится заботиться о муже, "охранять и защищать его". Считает себя главой семьи. В детстве всегда конфликтовала с матерью, мать - властная, сильная женщина. Больше всегда любила отца, который погиб, когда ей было 12 лет. Отмечает частые ссоры с мужем. Виновицей ссор считает себя. Срывы происходят по пустякам - например, как ответ на шутки мужа. Реакция больной агрессивна (хватает ножи, тяжелые предметы и бросает их в мужа). После приступа ярости ничего не помнит. Постоянные ссоры со свекровью : больная считает, что та к ней несправедлива. С воодушевлением рассказала о попытке ее изнасилования любовником матери в 15 лет. Считает, что самую большую травму нанесло равнодушие матери, которую ненавидит до сих пор.

В технике направленного воображения образы возникали быстро и легко. Женское начало : алая, нежная, молодая роза, которая постепенно потемнела, а потом распустилась и посветлела. Образ цветной, подвижный. Отношение к женскому началу позитивное, образ понравился. Телесный резонанс : ощущение тепла во всем теле, а затем волна холода сверху вниз. Мужское начало : мужчина с обнаженным торсом, красивый, но "не муж". ему 18 лет. Картинка цветная, подвижная ("мужчина становится как бы выше"), очень яркие краски, много солнца. Образ "приятный", очень понравился. Телесный резонанс : покалывание внизу живота, сексуальное возбуждение. Отношения мужского и женского начал : "Притягиваются как магнит".

Больная И. 38 лет. Диагноз : истерический невроз, обсессивно-фобический синдром.

Психический статус : доступна продуктивному контакту, фон настроения снижен. Жалобы полиморфны. К своему здоровью относится щадяще : часто и много лежит в кровати.

Демонстративна, эгоцентрична.

Лечение в клинике неврозов института проходит третий раз. Единственный ребенок в семье. Мать характеризует как сильную и властную натуру. Говорит, что мать очень мнительна и поэтому с детства "таскает" дочь по больницам. Отец очень спокойный и мягкий человек. В детстве больше любила отца. С матерью постоянно ссорились, скандалили. Себя считает сильным, но вспыльчивым человеком. По образованию врач. Замужем второй раз. Имеет двух детей (от первого и второго браков). Постоянно конфликтует на работе, особенно с врачами-мужчинами.

В технике направленного воображения образы формировались с трудом. Образ женского начала сначала не возникал. Образ мужского начала - кинестетический - "что-то большое и

давящее". Потом возник кинестетический образ женского начала : "что-то очень маленькое и оно стало еще уменьшаться под давлением мужского". "И я подумала - неужели я больше мужчина, чем женщина?". Отношение к женскому началу спокойное, а к мужскому - отрицательное.

Из 10 наблюдений только у 6 больных посредством техники направленного воображения мы получили образы мужского и женского начал. Во всех шести наблюдениях образ женского начала цветной, подвижный, вызывает положительные эмоции. Несколько сложнее с образом мужского начала. В 4-х случаях это образ силы, вызывающий реакцию мобилизации (например, желание сжать кулаки) и тогда это образ не цветной и не статичный. Отношение к нему отрицательное. Контакт между образами мужского и женского начал в этих случаях отсутствует - мужское подавляет женское. В двух наблюдениях мужское начало вызывало сексуальную реакцию. Причем, в одном случае отношение к образу мужского начала положительное, а сам образ цветной и подвижный. В другом наблюдении образ черно-белый, подвижный, вызвал сначала страх, а затем понравился. Контакт мужского и женского начал в этих двух наблюдениях хороший.

Таким образом, у женщин, больных истерическим неврозом, отмечается амбивалентное отношение к мужскому образу. С одной стороны, он сильно выражен, подавляет женское начало и к нему больные относятся отрицательно, а с другой - рационализируют необходимость быть сильной (быть мужчиной) : "мне приходится быть мужчиной, потому что муж - "тряпка"; "...у меня такая работа, что приходится быть мужчиной"; "...я хороший руководитель, и то, что я - женщина, мне только мешает".

3.1.4. Психосемантические особенности организации полоролевого симптомокомплекса при истерическом неврозе. Мы реконструировали психосемантические поля тех областей сознания, которые описываются значениями "мужское" и "женское". С одной стороны, значение выступает как единица общественного сознания, а, с другой, - как образующая индивидуального сознания.

В настоящем исследовании сравнивались коннотативные значения таких понятий как "идеальная женщина", "идеальный мужчина", "мать", "отец", "Я" у женщин, больных истерическим неврозом и у психически здоровых женщин. Использовался семантический дифференциал Фельдис (СДФ). В таблице 11 приведены коэффициенты корреляции между коннотативными значениями приведенных понятий по факторам "активность" (А), "оценка" (О), "сила" (С) в группе невроза (Н) и контрольной группе (К). Выборки сопоставимы по возрасту.

Таблица 11.

Связи коннотативных значений понятий по трем факторам.

СВЯЗИ	Ф а к т о р ы					
	А		О		С	
	Н	К	Н	К	Н	К
нж - нм	0,15	0,4	0,09**	0,15	0,01	-0,42
нм - м	0,19	-0,1	0,71	0,43	0,1	-0,1
м - о	0,29	0,3	0,42	0,04	-0,51	0,24
о - я	0,20	-0,04	-0,32	0,1	-0,002	-0,34
нж - м	0,38	0,18	0,31	0,09	0,3	0,75**
нм - о	-0,14	0,69**	0,2	0,23	0,12	0,18
м - я	0,04	0,43	0,1	0,59*	0,08	0,08
нж - о	-0,16	0,3	-0,1	-0,001	0,08	-0,01
нм - я	0,29	-0,3	-0,1	0,34	0,04	-0,01
нж - я	0,34	0,55*	0,05	-0,04	0,45	0,249

\* -  $p = 0,05$ ; \*\*  $p = 0,01$ 

Обозначения: нж - настоящая женщина; нм - настоящий мужчина; м - мать; о - отец.

Как видно из приведенной таблицы 11, в группе "невроз" оценка "настоящего мужчины" и оценка матери положительно коррелируют друг с другом на высоком уровне значимости. Сила матери и отца связаны значимо отрицательно. Причем, сила матери значимо выше оценивается больными, чем сила отца ( $t=2,8$ ;  $f=28$ ;  $p<0,01$ ). Таким образом, мать в сознании женщин, больных истерическим неврозом, во-первых, воспринимается сильнее отца, и, во-вторых, ее образ тесно связан с образом "настоящего мужчины". В.Е. Каган (1991) показал, что подростки (в том числе и психически здоровые) женского пола имеют ярко феминизированный образ отца. Это еще одно свидетельство в пользу инфантильной полоролевой психосемантической структуры у невротиков - у них как у подростков. В контрольной группе полоролевых инверсий не выявлено, так как связанными между собой в этой группе оказались следующие параметры:

- сила настоящей женщины - сила матери,
- активность настоящего мужчины - активность отца,
- оценка матери - оценка "Я",
- активность настоящей женщины - активность "Я".

В следующем исследовании была поставлена задача выделить психосемантические особенности "мужского" и "женского" в группе "невроз" по сравнению с контрольной группой.

Использовалась методика семантического выбора, которая представляет собой ассоциативный эксперимент с последующей техникой семантического анализа. Общая схема исследования такова: исследуемому предъявляется слово-стимул и требуется выбрать подходящие слова-ассоциации из предлагаемого списка. В список включены символы верхнего, среднего и нижнего бессознательного в понимании Р. Ассаджоли: гора, луг, грязь,

солнце, дом, пещера, роза, зеркало, болото, огонь, семя, темный лес, мост, ветер, дно океана. Ряд символов взят из техники кататимного переживания Г.К. Лойнера. Оцениваемыми конструктами были: радость, власть, престиж, любовь, женское, свобода, соперничество, мужское, унижение, обладание, мать, отец, страх. Мерой семантической близости конструктов является степень совпадения ассоциативных ответов. Нас интересовала корреляционная структура "мужского" и "женского" в норме и при истерическом неврозе. По сути, оцениваемые конструкты (престиж, любовь, свобода, соперничество и т.п.) составляют семантику жизненного пути и представляют собой основные мотивационные тенденции. В таблице 12 приведено количество значимых связей для каждого конструкта в группе "невроз" и в контрольной группе для "мужского" симптомокомплекса.

Таблица 12.

Количество значимых связей конструкторов в симптомокомплексе "мужское".

Группы	Сопер	Своб	Униж	Страх	Любовь	Прест	Облад	Радость	
Невроз	8	7	6	6	5	5	5	3	45
Норма	1	2	1	2	2	1	2	1	12

Обозначения: Сопер-соперничество; Своб-Свобода;

Униж-унижение; Прест-престиж; Облад-обладание.

Как видно из таблицы 12 количество значимых связей между конструктами в симптомокомплексе "мужское" в группе "невроз" значительно больше, чем в контрольной группе ( $U_p=5,2$ ;  $p<0,01$ ). Это обозначает, что структура симптомокомплекса "мужское" у женщин, больных истерическим неврозом, является недифференцированной, "спутанной". Ядро данного симптомокомплекса образует конструкт "соперничество".

Причем, чисто невротической является связь соперничества со свободой, страхом, унижением, материнским и отцовским образами. В этой группе в симптомокомплекс "мужское" вошел образ матери. Более того, мать ассоциативно связывается с унижением, а отец - с унижением и со страхом. Вся структура "мужского" симптомокомплекса амбивалентна: свобода связана и с радостью, и со страхом, и с унижением. Любовь вызывает радость и в то же время связана со страхом, обладание дает свободу, но вместе с тем вызывает страх. Специфическими для группы невротиков являются следующие связи: радость-престиж, любовь-соперничество, любовь-престиж, страх-свобода, страх-соперничество, страх-отец, страх-обладание, унижение-обладание, свобода-унижение, унижение-соперничество. Таким образом, связаны между собой, казалось бы, не связанные конструкты. Кроме того, можно предположить наличие "мотивационной спутанности" в группе невротиков: любовь, свобода, соперничество, обладание и престиж являются взаимосвязанными. На рисунке 7 представлена

корреляционная плеяда "мужское" в группе женщин, больных истерическим неврозом.

Рис.7. Структура симптомокомплекса "мужское" в группе больных неврозом.

Обозначения:

Л-любовь; СО-соперничество; О-обладание; П-престиж;  
Св-свобода; Ра-радость; Ун-унижение; М-мать; Ст-страх;  
От-отец.

Как видно, у невротиков происходит смешение мотивационных тенденций, формирование мотивов-микстов. Например, Любовь - это и престиж, и свобода, и соперничество, и обладание. Иначе говоря, можно констатировать наличие феномена психосемантической спутанности основных мотивационных тенденций у женщин, больных истерическим неврозом. Это, кроме всего прочего, означает смешение интимно-личностной и деловой сфер жизнедеятельности невротика.

Кроме того, все мотивационные тенденции эмоционально амбивалентны либо непосредственно (любовь, свобода), либо опосредованно через другие мотивационные тенденции.

Н.А. Марута (1992), П.В. Волошин и соавт. (1995) показали, что у больных неврозом отмечается амбивалентность эмоциональных проявлений, формирование эмоций-микстов.

П.В. Волошин и соавт. (1995) пишут, что у больных истерическим неврозом "подавляющее большинство эмоциональных модальностей...в той или иной степени связаны между собой...", что у них отмечается "слабо дифференцированная и нечетко структурированная система организации и взаимосвязи конструкторов, что является предиспозицией образования недифференцированных, генерализованных эмоциональных реакций". Наши данные, согласуясь с вышеприведенным, прежде всего характеризуют недифференцированность мотивационных структур. И мы можем констатировать наличие у данной нозологической группы больных эмоций-микстов.

Центральной мотивационной тенденцией оказалось соперничество. Это вполне согласуется с литературными данными о роли соперничества в патогенезе истерического характера и истерического невроза. Так, S. Johnson (1993) отмечает, что истерические проблемы возникают в связи с использованием сексуальности и соперничества ребенка.

Наличие соперничества в качестве центральной мотивационной тенденции у больных позволяет заключить, данная категория больных характеризуется комплексом маскулинности. В мужской симптомокомплекс входит мать, что подтверждает идею маскулинизированной матери невротиков. Полоролевая инверсия образа матери, а также наличие соперничества как центральной мотивационной тенденции позволяет говорить об идентификации больных женщин со своими маскулинными матерями. Это подтверждает идею З. Фрейда о том, что идентификация с маскулинными матерями является одним из механизмов формирования комплекса маскулинности у женщин, и не совпадает с концепцией по этому вопросу К. Хорни. "Мужской

симптомокомплекс" в группе здоровых имеет ряд особенностей: во-первых, расчленены "деловые" и экзистенциально-личностные мотивационные тенденции (любовь и свобода, с одной стороны, престиж и обладание, соперничество, - с другой); во-вторых, лишь сфера экзистенциально-личностных мотивационных тенденций имеет выраженную эмоциональную составляющую; это позволяет выдвинуть гипотезу, что "деловая" мотивация в мужском симптомокомплексе более периферийна по отношению к экзистенциально-личностной.

В "женском симптомокомплексе" в группе невроза наблюдается та же закономерность, что и в "мужском симптомокомплексе": спутанность основных мотивационных тенденций - любви, власти, свободы, соперничества, престижа и обладания, эмоциональная амбивалентность мотивационных тенденций, насыщенность эмоциями деловой сферы. Дополнительный аргумент получен в пользу маскулинизации материнской роли в семье невротиков: выявлена значимая корреляция "мать-власть". Все конструкторы как бы пронизаны эмоциональной дихотомической шкалой "страх-радость". На рис. 8 и 9 показаны насыщенность симптомокомплекса "женское" страхом и радостью в группах "невроза" и нормы. Таким образом, в группе психически здоровых, во-первых, полностью отсутствует недифференцированность мотивов и эмоций.

Рис.8. Связь основных мотивационных тенденций невротиков со страхом и радостью в женском симптомокомплексе. Обозначения те же, что на рис. 7. В-власть.

Рис 9. Связь основных мотивационных тенденций у психически здоровых женщин со страхом и радостью в "женском симптомокомплексе".

### 3.1.5. Особенности полоролевой сферы личности при неврастении и неврозе навязчивых состояний

В работе В.Е. Кагана (1991, с. 25) отмечается, что "при неврозах структура половой идентичности связана с ведущим типом внутриличностного невротического конфликта: ф-изомерность чаще встречается у мальчиков с конфликтом истерического ( $p < 0,05$ ), а М-изомерность - у девочек с конфликтами астенического ( $p < 0,05$ ) и обсессивного ( $p < 0,01$ ) типов". Видимо, идея связать тип полоролевой идентичности с типом внутриличностного конфликта достаточно продуктивна. Вместе с тем на этом пути имеется значительная сложность: Б.Д. Карвасарский (1990, с. 355) подчеркивает наличие тенденции к многомерности личностных конфликтов. Именно поэтому выделить невротический моноконфликт достаточно проблематично. Вместе с тем "принято подчеркивать определенное соответствие трех типов невротических конфликтов трем основным формам неврозов - неврастении, истерии и неврозу навязчивых состояний" (1990, с. 355). Мы выявили, что при истерическом неврозе отмечается статистически значимое повышение уровня маскулинности как на

уровне Я-концепции, так и на более глубоком биогенном уровне. Кроме того, больные истерическим неврозом женщины обнаруживают на уровне Я-концепции высокий уровень фемининности. Следовательно, при истерическом неврозе наблюдаются наиболее глубокие поражения поражения полоролевой сферы. Эти данные согласуются с результатами исследований В.Е. Кагана, который выявил повышенный уровень маскулинности у больных указанной нозологии. Следует отметить, что данные В.Е. Кагана получены на подростковой выборке, а наши - на взрослой.

Нами было обследовано 25 женщин, больных неврастениями и 20 женщин, больных неврозом навязчивых состояний. Оказалось, что больные неврастениями имеют значимо более высокие показатели маскулинности, чем контрольная группа по методике А.В. Нейлбрун ( $t=22$ ,  $f=31$ ;  $p<0,05$ ). Вместе с тем, в группе больных неврастениями отмечается и более высокий уровень фемининности, чем в контрольной группе ( $t=2,78$ ;  $f=30$ ;  $p<0,01$ ). Корреляция маскулинности и фемининности в группе больных значимо положительна ( $r=0,32$ ;  $p<0,05$ ), что отражает незрелую полоролевою структуру. И, таким образом, наши данные согласуются с данными В.Е.Кагана об М-изомерности при астеническом типе невротического конфликта. Вместе с тем оказывается, что на уровне Я-концепции больные этой категории и более фемининны.

Средний показатель индекса маскулинности по методике L. Szondi этой группы больных составил 38,5 % и значимо не отличается от группы контроля ( $t=1,8$ ;  $f=28$ ;  $p>0,05$ ). Таким образом, можно думать, что при неврастении нет глубоких поражений полоролевой сферы личности больного, связанных с биогенными уровнями.

При неврозе навязчивых состояний у женщин выявлено снижение индекса маскулинности по ACL-шкале А.В. Нейлбрун ( $t=2,3$ ;  $f=31$ ;  $p<0,05$ ) по сравнению с нормой (уровень Я-концепции). Это достигается за счет снижения общего уровня маскулинности ( $t=2,4$ ;  $f=28$ ;  $p<0,05$ ). Полученные нами данные не совпадают с данными В.Е. Кагана. Вместе с тем, попытаемся объяснить такое снижение уровня маскулинности у данной группы больных. выделил обсессивно-компульсивный характер, который формируется в эдипальный период. Обсессивно-компульсивные нарушения чаще приписываются мужчинам (S. Johnson, 1993). D. Shapiro (1965) указал, что проблема этого характера состоит в искажении воли: она направлена на контроль и руководство тем, что не может быть направляемо и не поддается контролю - на влечения, чувства и т.п. Ценности, которые принял внутренний цензор, и его приказы рассматриваются личностью (доневротического уровня) как эго-синтонные. Такие требования в случае невроза становятся не эго-синтонными, чуждыми, переживаются как навязчивость. Это свидетельствует о том, что интроецированный объект не ассимилирован. W. Meissner (1988) говорит, что это можно понять как проекцию интроекта (интроецированного объекта) вне "Я". Такая проекция объясняет, почему обсессивно-компульсивные личности



часто утверждают, что ведут себя согласно объективной необходимости или социальным требованиям. Это все является феноменологией "требовательного цензора" (S. Johnson, 1993, с. 64): пациенты вспоминают своих родителей как суровых, требовательных, жестких. Такие родители реагировали на своих детей угрозами и негодованием. Одни клиенты характеризуют своих родителей как "суровых" и "требовательных", другие, как "опасающихся успехов ребенка" или "возмущенных психической природой ребенка" и т.п. Аналитическая реконструкция детско-родительских отношений свидетельствует, что родитель такого ребенка чувствует угрозу со стороны ребенка (конкуренция с ребенком): успехи ребенка могут снизить собственную ценность родителя. Генезис обсессивно-компульсивного характера можно описать следующим образом (S. Johnson, 1993, с. 65): ребенок интроецирует родителя и идентифицируется с его стандартами и системой ценностей. Эта сила используется для блокирования первичной экспрессии организма и для развития фальшивого "Я". Основные черты личности с обсессивно-компульсивным характером: постоянное напряжение (усилие по торможению первичной экспрессии), отделение мышления от чувств, сосредоточение на деталях (отстранение от истинных чувств и мыслей), постоянное сомнение, неестественность и направленность на выполнение социальных ролей, склонность быть очень ответственным и сознательным, ответственность за других, стремление находиться в рамках. Две черты этого характера являются безусловно маскулинными: стремление рассматривать других как соперников и перфекционизм (стремление к совершенству). За перфекционизмом лежит желание избежать родительской критики. У лиц с таким характером существует иллюзия: "...Если буду делать еще лучше, то смогу установить безусловно позитивный контакт с родителями". Принятие стандартов родителей и попытка жить в согласии с ними делает возможной сохранить социальную связь и собственную идентичность в рамках этой связи. С одной стороны, на сознательном уровне такая личность воспринимает себя как сверхответственную, моральную, а с другой - на бессознательном уровне имеется убеждение, что сделал что-то плохое, и должен себя сильно контролировать. Эти лица набирают много баллов по тем качествам маскулинной шкалы, которые позволяют быть совершенным (перфектным): инициативность, убедительность, практичность, трудолюбие, выносливость. Но вместе с тем "зазор" по этим качествам между актуальными и идеальными маскулинными образованиями достаточно большой (критерий знаков,  $p < 0,01$ ). Завышенные идеализированные маскулинные образования, видимо, представляют собой личность интроекта (внутреннего цензора). Маскулинная Я-концепция представляет собой личность, критикуемую цензором. Поэтому человек, внутренне себя критикующий, как бы недооценивает свою маскулинность. Отсюда и такие данные. Фемининность уровня Я-концепции этой группы больных значительно не отличается от группы контроля ( $t = 1,4$ ;  $f = 24$ ;  $p > 0,05$ ).

В таблице 13 представлена характеристика полоролевой сферы больных с разными формами неврозов.

Таблица 13.

Характеристика полоролевой сферы больных неврозами

Форма невроза	Социогенная маскулинность (ACL-шкала)	Социогенная фемининность (ACL-шкала)	Биогенная маскулинность (шкала Dur-Moll)
1.Истерический	высокая	высокая	высокая
2.Неврастения	высокая	высокая	средняя
3.Навязчивых состояний	низкая	средняя	средняя

В последней исследовательской процедуре мы провели классификацию трех групп больных неврозами (истерическим неврозом, неврозом навязчивых состояний, неврастенией) по полоролевым признакам: маскулинность и фемининность (ACL – шкала А.В. Neilbrun), индекс маскулинности L. Szondi (см. табл. 14).

Таблица 14.

Распределение больных по кластерам (абс.вел./ %)

Форма невроза	I кластер	II кластер
Истерический	12/80	3/20
Неврастенический	5/20	20/80
Навязчивых состояний	2/10	18/90

Были выделены два кластера: 1-й кластер включает 80% больных истерическим неврозом, 20% больных неврастенией и 10% больных неврозом навязчивых состояний; 2-й кластер включает 20% больных истерическим неврозом, 80% больных неврастенией и 90% больных неврозом навязчивых состояний. Иначе говоря, специфичным в полоролевом отношении является лишь 1-й кластер, 2-й кластер включает больных двух других нозологических единиц практически с одинаковой частотой. В приложении 1 приведено графическое разбиение выборки на 2 кластера.

### 3.2. Симптомокомплекс маскулинности/фемининности при психосоматических расстройствах

#### 3.2.1. Полоролевые аспекты язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

В нашу задачу не входит анализ психосоматической проблематики как таковой, а лишь ее полоролевых аспектов. В последнее время появляются работы, свидетельствующие о важности психологических факторов в возникновении психосоматической патологии, и, в частности, ишемической болезни сердца (А. Баубинене и соавт., 1972; А. Гоштаутас,

1977; Ю.М. Губачев, Е.М. Стабровский, 1981; В.П. Зайцев, 1980; И.К. Шхвацабая, 1975; З.И. Янушкевичюс и соавт., 1982) и язвенной болезни (Ю.М. Губачев, Е.М. Стабровский, 1981; Ю.М. Губачев и соавт., 1990 и др.). Большинство работ, во-первых, опираются на те идейные "ходы", которые были обозначены ранее: на концепции F. Dunbar "профиля личности", F. Alexander "специфического эмоционального конфликта", "типа поведения" R. Rosenman, M. Friedman; во-вторых, и здесь следует согласиться с А.М. Вейном (1981), большинство работ, посвященных психосоматическим соотношениям при заболеваниях внутренних органов, страдает умозрительностью: психовегетативные и нейроэмоциональные механизмы, через которые реализуются эмоциональные нарушения, не конкретизируются и не изучаются параллельно с психологическими характеристиками (цит. по Ю.М. Губачев и соавт., 1990, с. 119). Разочарование постигло многих исследователей при вычленении "язвенной" личности (Ю.М. Губачев и соавт., 1990, с.118). Вместе с тем поиск психологических факторов психопатогенеза психосоматических расстройств представляется чрезвычайно актуальным и в аспекте развития теоретических представлений о формировании психосоматической патологии, и в аспекте увеличения эффективности проводимых лечебных мероприятий.

Ю.М.Губачев и соавт. (1990) рассматривают становление психосоматоза, а именно язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки как становление патогенной функциональной системы психосоматической дезадаптации. Так как и личностные, и эмоциональные факторы воздействуют на соматическую систему вегетативной регуляции, то патогенная функциональная система психосоматической дезадаптации включает в себя и психологический, и нейроэндокринный, и местный (орган-мишень) уровни. Ни личностный, ни эмоциональный уровни не имеют однозначного и фиксированного вегетативного компонента. Поэтому патогенная функциональная система психосоматической дезадаптации включает по принципу много-многозначных связей компоненты различных уровней функционирования. Авторы производят межуровневую "сборку" статистическим методом факторного анализа. Такой путь позволил им выделить различные типы патологических функциональных систем психосоматической дезадаптации. В частности, авторы провели факторный анализ 58 больных без наследственной отягощенности по язвенной болезни. Выделилось три фактора, суммарная информационная нагрузка которых составляет 36,6 %. Полоролевая специфика нашего исследования привлекает наш интерес к 1 фактору. Этот фактор представляет собой модель личностного варианта язвенной болезни. Ядро этого фактора - резко деформированная личностная структура (средний показатель акцентуации имеет высокую факторную нагрузку + 0,66). Приведем структуру этого фактора в таблице 15.

Таблица 15.

Первый фактор язвенной болезни без наследственной отягощенности. Информационная нагрузка 16,1 % (Ю.М. Губачев

и соавт., 1990, с. 105)

NN п/п	Признак	Факторная нагрузка
1.	Склонность к параноидным реакциям	0,75
2.	Недостаточная выраженность "мужских" черт характера	0,70
3.	Наличие психопатических проявлений	0,69
4.	Склонность к ипохондрии	0,68
5.	Средний показатель акцентуированности	0,66
6.	Психастенические особенности личности	0,64
7.	Шизоидные особенности личности	0,62
8.	Одновременная локализация язв в желудке и двенадцатиперстной кишке	0,61
9.	Частота обострений язвенной болезни	0,60
10.	Склонность к пониженному настроению	0,59
11.	Выраженность сексуальной интраверсии	0,57
12.	Тяжесть течения заболевания	0,57
13.	Преобладание первой сигнальной системы	-0,31
14.	Подвижность нервных процессов	-0,33
15.	Преобладание процессов возбуждения	-0,40
16.	Локализация язвы в желудке	-0,42

Как видно, этот фактор нагружен полоролевой характеристикой – недостаточной выраженностью "мужских" черт характера. В структуре этого фактора имеется определенная семантическая несогласованность: недостаточная маскулинность сочетается с отрицательным знаком с преобладанием первой сигнальной системы. Известно, что фемининность предполагает большую экспрессивность, большую относительную развитость первой сигнальной системы. Кроме того, шизоидность\* (как акцентуация) чаще встречается в мужской популяции, чем женской. В этом же факторе "слиплись" недостаточная маскулинность и шизоидные черты личности. Таким образом, в этот фактор вошла фемининность, но сочетающаяся с выраженной маскулинной акцентуацией (шизоидной) и отсутствием преобладания первой сигнальной системы.

\* Справедливости ради отметим, что имеются данные, что при шизоидном типе акцентуации у подростков мужского пола отмечен выраженный сдвиг в сторону феминизации личностных отношений. "Подобный сдвиг у шизоидов оказался неожиданным" (А.Е. Личко, 1983, с. 96).\*

Наличие черт фемининности у язвенных больных отмечалось в литературе. Так, F. Dunbar (1948) писала, что для язвенных больных характерны тенденции к чрезмерной зависимости. F. Alexander (1950, 1964) писал, что для язвенных больных характерно доминирование orally-рецептивных тенденций, от которых личность отказывается из-за несовместимости с противоположным стремлением личности к независимости. M. Bellini (1974) пишет о том, что язвенные больные контролируют собственные эмоции из-за боязни показаться

незрелым или немужественным. Кроме того, для них характерна тенденция к активной жизни, которая является компенсацией за неудовлетворенную потребность в зависимости. Т.Н. Немчин (1974), на основании анализа исследований отечественных авторов, выделил ряд черт язвенных больных, некоторые из которых входят в фемининную шкалу А.В. Neilbrun: повышенная эмоциональная возбудимость, робость и стеснительность, ранимость и обидчивость, преобладание эмоций над разумом. Вместе с тем, из описаний личности язвенных больных создается впечатление, что указанная группа больных имеет маскулинные черты: они демонстрируют безразличие и эмоциональную холодность, тонкий интеллектуальный расчет и т.п. Иначе говоря, следует предположить наличие дисбаланса полоролевой структуры: больные имеют выраженные фемининные качества, которые они подавляют в себе, внешне демонстрируя гипермаскулинные черты. Для проверки этой гипотезы было проведено исследование 30 больных язвой желудка и двенадцатиперстной кишки по методике 16PF Кеттелла. Причем, контрольную группу составили заведомо маскулинные мужчины (офицеры) сопоставимого возраста (30 человек). Значимые различия группы язвенных больных по сравнению с контролем создают общую картину их эмоциональной неустойчивости (С-), подозрительности (L+), мягкосердечности (I+), низкой совестливости (G-), мечтательности (M+), импульсивности (Q3-), робости (H-), гипотимии (O+) , самодостаточности (изолированности) (Q2+), фрустрированности (Q4+). Наши данные не совсем согласуются с результатами Ю.М. Губачева и соавт. (1990), которые исследовали 30 мужчин с дуоденальной язвой в стадии обострения. Авторы выявили у больных низкую способность к абстрактному мышлению (B-), а также их высокую социабельность (Q2-) (несамостоятельность, зависимость, привязанность к группе). По фактору В мы не получили различий, а по фактору Q2 получили противоположные данные. Эту несогласованность данных можно объяснить различием групп контроля. В нашем исследовании группу контроля составили офицеры, которые наряду с высокомаскулинными показателями имеют выраженную социабельность (специфика армейской службы). В целом полученные нами данные позволяют сделать вывод о большей фемининности больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Результаты факторизации пространства 16PF вместе с полоролевыми шкалами позволяют подтвердить гипотезу маскулинно-фемининного дисбаланса. В таблице 16 представлена факторная матрица.

Таблица 16.

Факторная структура личностного и полоролевого пространства язвенных больных

1 фактор "фемининность"	2 фактор "маскулинность"
-эмоциональная неустойчивость (-0,95)	-низкая совестливость (-0,92) -маскулинность (0,80) (по L. Szondi)
-гипотимия (0,94)	-мечтательность (0,71)
-фрустрированность (0,88)	-мягкосердечность (0,69)
-низкая маскулинность (по A.B. Heilbrun) (-0,85)	-импульсивность (-0,69)
-подозрительность (0,77)	3 фактор - "смелость"
-импульсивность (-0,61)	-социабельность (-0,90)
-мягкосердечность (0,57)	-смелость (0,89)

Как видно, результаты факторизации данных по трем методикам (16 PF Кеттелла, ACL-шкала A.B. Heilbrun и психосексуальная пропорция L. Szondi) привели к вычленению трех факторов: "фемининности" (сцепленной с невротичностью), "маскулинности" (сцепленной с фемининностью) и "смелости". Сцепленными между собой оказались несогласующиеся (обычно несовместимые) черты маскулинности и фемининности. Как ранее мы выяснили, нерасчлененность структур маскулинности и фемининности является проявлением незрелости полоролевой сферы. Анализируемая факторная матрица имеет признаки сцепленности психологических образований маскулинности и фемининности. Мы вычислили связь маскулинности и фемининности. Она составила  $-0,37$  ( $p < 0,05$ ). Таким образом, М/Ф-симптомокомплекс у данной категории больных характеризуется чертами инфантильной организации и вписывается в континуально-альтернативную модель. Индекс маскулинности биогенного уровня составил 51,2% при норме 66,6%, что свидетельствует о полоролевой трансформации указанных больных на глубинном биогенном уровне, об их первичной фемининности. Следовательно, можно говорить о незрелости полоролевой структуры язвенных больных, в основе которой лежит фемининность, компенсируемая гипермаскулинным поведением. Такая структура свидетельствует о желании подчеркнуть маскулинные и нивелировать свои фемининные качества. Именно это мы подтвердили в следующем исследовании, когда сравнили идеальные М/Ф-образования с реальными. Оказалось, что больные желают быть значимо более маскулинными (критерий знаков,  $p < 0,01$ ) и менее фемининными (критерий знаков,  $p < 0,01$ ). Это подчеркивает желание освободиться от собственных фемининных качеств и приобрести маскулинные. Полученные данные в некоторой степени согласуются с утверждениями, которые встречаются в литературе (Ю.М. Губачева и соавт., 1990), что базовый

конфликт у язвенных больных - это конфликт неврастенического типа, который может рассматриваться в качестве психологического звена патогенеза язвы желудка и 12-перстной кишки.

Эти данные позволяют сделать вывод о дисбалансе полоролевой структуры у язвенных больных, проявляющемся в слипании несогласующихся маскулинных и фемининных качеств, а также в несовпадении маскулинного фасада и внутренней фемининности.

### 3.2.2. Полоролевые аспекты ишемической болезни сердца

В обширной литературе по поведенческому типу А, который предрасполагает к развитию ишемической болезни сердца (ИБС), приводятся его черты. Последние очень часто можно трактовать как маскулинные. В самом деле, поведенческий тип А характеризуется следующими особенностями (по Р.И. Кришюнайте, 1982): стремление к соревнованию, преувеличенная потребность к деятельности, преувеличенное чувство недостатка времени (M. Lesch et al., 1967), быстрый темп ходьбы, разговора, желание ускорить темп речи медленно говорящего собеседника, напряженность мышц лица и тела, сжатие пальцев рук в кулаки, неосознанное жестикулирование при разговоре (W. Gentry, R.H. Williams, 1975; R.H. Rosenman, M. Friedman, 1964), стремление занимать руководящие посты (C.D. Jenkins, 1967, 1971), повышенные агрессивность и амбициозность, стремление к доминированию и к деятельности на износ, стремление достичь максимального эффекта во множественных сферах (M. Friedman, R.H. Rosenman, 1974), более низкая самооценка (S. Henley, A. Furnham, 1989). Вместе с тем J.M. Montepare и L. Zebrovitz-Mc Arthur (1988) показали, что быстрая, напряженная походка - важный индикатор маскулинности. В исследовании A.B. Heilbrun, D. Wydra, L. Friedberg (1989) показано, что в женской выборке студентки с поведенческим типом А более маскулинны. При этом они не были менее фемининны. У мужчин не было выявлено связей между полоролевыми ориентациями и типом поведения.

Нами было проведено исследование 30 больных ИБС мужского пола в возрасте 39-49 лет в стадии ремиссии. Этот возраст был выбран нами в связи с тем, что именно в этом периоде жизни поведенческий тип более всего связан с ИБС (K.A. Mathews et al., 1977). С одной стороны, мы диагностировали уровень маскулинности и фемининности, а также индекс маскулинности (М/М+Ф) по ACL-шкале A.B. Heilbrun, а с другой - уровень выраженности поведенческого типа А по опроснику Д. Дженкинса (JAS), а с третьей, - диагностировался уровень эмоциональной неустойчивости по тесту цветных пирамид (R. Neiss et al., 1995). Оказалось, что линейные связи между тремя переменными отсутствуют. Выявлена лишь негативная значимая связь между маскулинностью и фемининностью (-0,26), что свидетельствует, как и в случае язвенных больных, об инфантилизме полоролевой структуры. Такая полоролевая структура, как мы указывали выше, характерна для подростков мужского пола до 15/16 - летнего возраста, которые еще не в

состоянии ассимилировать собственную фемининность.

R. Bosler (1969) вывел норму показателя эмоциональной неустойчивости (ЭН) для взрослых обоего пола в возрасте 16-65 лет ( $n=131$ ):  $M=33$ ,  $S=10$ ; Мы разделили нашу выборку на 3 группы, соответственно показателям индекса эмоциональной неустойчивости (ЭМ): 1)  $ЭН < M-S$ ; 2)  $M-S < ЭН < M+S$ ; 3)  $ЭН > M+S$ .

Группа больных ИБС имеет значимо более высокие показатели ЭН ( $M=39$ ;  $S=11$ ), чем группа контроля, приведенная R. Bosler (1969) ( $t=2,7$ ;  $f=43$ ;  $p<0,01$ ). Это совпадает с литературными данными (Heiss R. et al., 1995, с.93), согласно которым невротики и психосоматические больные имеют более высокие показатели эмоциональной неустойчивости, чем здоровые. Первую группу составило 60 человек, вторую - 14, третью - 10. Мы рассчитали связи  $M$ ,  $\Phi$ , ЭН и выраженности поведенческого типа А в рамках этих трех групп. Оказалось, что маскулинность во второй группе больных позитивно связана с выраженностью поведенческого типа А, а в первой - отрицательно. Следовательно, связь маскулинности с поведенческим типом А модулируется параметром "эмоциональная неустойчивость", и при средних его показателях - положительна, а при низких - отрицательна.

Таким образом, при оценке связей маскулинности/фемининности с поведенческим типом А следует учитывать модулирующее влияние на них параметра "эмоциональная неустойчивость". Это подтверждает высказанную нами ранее и проверенную на параметре "когнитивная сложность" гипотезу, согласно которой связь любых двух параметров следует рассматривать лишь в симптомокомплексе, в системном контексте.

Нами (Н.И. Трикоза, А.С. Кочарян, 1993) было проведено исследование психологических особенностей подростков с нарушенным липидным обменом (НЖО). Последний, как известно, является важным звеном в патогенезе атеросклероза и ИБС. На модели НЖО мы пытались рассмотреть возможные психологические звенья патогенеза сердечно-сосудистой патологии. Выборку составили 30 подростков 15-17 лет мужского пола с НЖО. Контрольную группу составили 30 подростков с нормальным липидным обменом того же возраста. Выявлено, что у подростков с НЖО статистически достоверно преобладает эрготропный тонус по методике Люшера по сравнению с контрольной группой ( $t=22$ ;  $f=30$ ;  $p<0,05$ ), т.е. они более активны и стеничны. Активность и стеничность являются факторами постоянного психомышечного напряжения, участвующего в патогенезе возможного заболевания. Причем, это напряжение не всегда осознается, что отражается в отсутствии статистических различий в тревожности по методике Спилбергера-Ханина между основной и контрольной группами. Возможным объяснением этого низкого осознания собственных эмоций является феномен алекситимии. Постоянное психомышечное напряжение обуславливает необходимость его снижения: по методике ПДО подростки с НЖО имеют статистически более выраженную готовность к алкоголизации, чем подростки контрольной группы ( $t=2,5$ ;  $f=34$ ;  $p<0,01$ ).



Нами также выявлены более высокие показатели фемининности у подростков с НЖО по ACL-шкале А.В. Heilbrun ( $t=2,1$ ;  $f=31$ ;  $p<0,05$ ), что отражает более высокую эмоциональную и социальную контактность, а также склонность к переживанию чувств вины и стыда. Эти данные указывают еще на одно возможное звено возникновения психомышечного напряжения. Структура полоролевого симптомокомплекса "маскулинность/фемининность" у подростков с НЖО отличается от таковой у подростков контрольной группы. Так, если в контрольной группе связь черт маскулинности и фемининности значимо отрицательна ( $r=-0,38$ ;  $p<0,05$ ), то в группе подростков с НЖО эта связь отсутствует. Психологически за этим стоит отсутствие стремления у подростков с НЖО отрицать в собственной Я-концепции женственные черты. Гипотетический механизм здесь следующий: для подростков характерно внимание к собственному телу, оценка себя через оценку своего тела собой и другими (Х. Ремшмидт, 1994). Подростки с нарушенным липидным обменом имеют избыточный вес. Это означает, что они мало принимают свое тело, а, следовательно, и себя, имеют низкую самооценку. Последняя часто сочетается с меньшей симпатией со стороны окружающих, меньшей уравновешенностью и уверенностью в себе, большей робостью. Причем, такие качества могут сохраняться до 30 лет и более (М.С. Jones, 1965). Низкая самооценка приводит к тому, что подростки вполне допускают в себе фемининные черты, не отрицают их (как бы обречены на них). Такие полоролевые сдвиги у подростков с НЖО часто сопряжены с повышенной стеничностью (как гиперкомпенсаторной реакцией), что, по-видимому, и является одним из патогенетических звеньев развития в дальнейшем сердечно-сосудистой патологии. Причем, гипермаскулинность в поведении сочетается с робостью, неуверенностью, нерешительностью и т.п. Этот дисбаланс внутренней мягкости, "женственности" и внешней решительности, "мужественности" порождает внутриличностный конфликт, сопряженный с психоэмоциональным и мышечным напряжением. На уровне психологических механизмов речь, по всей видимости, идет о борьбе двух конкурентных механизмов - совладания и защиты. Мы развили идею А. Фрейд и Н. Наан (1965, 1969) о различении механизмов внутренней и внешней защиты и разработали концепцию психологических функциональных системных механизмов. Согласно этой концепции поведение человека представляется вектором в 5-ти мерном пространстве, образованном механизмами защиты, компенсации, совладания, разрядки и манипуляции. Опираясь на эту концепцию, мы совместно с Г.С. Кочаряном (1986) предложили эвристическую психологическую модель формирования синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи, как психосоматического расстройства. Согласно ей, сексуальные неудачи в ряде случаев приводят к развитию стратегии "приковывания" (М.Ж. Goldstein, 1959), сущность которой состоит в попытках гиперконтроля интимного сближения. Вместе с тем указанная стратегия оказывается ситуационно неадекватной, ригидной и приводит к дезавтоматизации

сексуальной функции. В ряде случаев упомянутая стратегия порождает стратегии "уклоняющегося мышления" (Sh. Solomon et al., 1980), "переопределения ситуации" (D.H. Holmes, B.K. Houston, 1974) и др.: усматривая явную связь между уменьшением "прикованности" и сексуальным успехом, пациент стремится уклониться от мыслей о возможной неудаче и изменить свое отношение к ней, включая механизмы когнитивного самоконтроля. Если они оказываются неэффективными, можно считать синдром сформированным (фаза "кристаллизации"). Дальнейшая динамика синдрома связана с борьбой амбивалентных стратегий. Складывается парадоксальная ситуация: чем больше напрягаются механизмы совладания, тем больше напрягаются механизмы защиты. Эффективность контроля над ситуацией значительно падает за счет трудностей его осуществления - борьба высоконапряженных альтернативных тенденций (Sh. Solomon et al., 1980). Этот этап мы называли фазой напряжения синдрома. Каждый механизм реализуется в конкретных поведенческих стратегиях. Если на уровне защиты реализуется стратегия приковывания к симптому, то совладающей стратегией будет стратегия "отвлечения". В психотерапевтическом смысле важно формирование совместимых стратегий, когда защитная стратегия дополняется аналогичной совладающей. Особый интерес в этом смысле представляет разработка проблем симптомообразования при психосоматической патологии с точки зрения функционирования системных функциональных механизмов и конкретных поведенческих стратегий, которые реализуют эти стратегии.

**3.2.3. Полоролевые аспекты ювенильных маточных кровотечений**  
Нами проведены исследования личностных особенностей девочек с психогенными ювенильными маточными кровотечениями (ЮМК), а именно 46 больных 11-17 лет. Обследуемые больные составили две разные возрастные группы : 1 группа - 11- 14 лет (24 человека); 2 группа - 15 - 17 лет (22 человека), в рамках которой, никто до 15 лет не страдал ЮМК. Распределение больных двух групп по типам акцентуаций представлено в таблице 17.

Таблица 17.

Распределение (в %) двух групп больных по типам акцентуаций характера и темперамента

Тип акцентуации	1 группа	2 группа
Психастенический	8,3	18,3
Эпилептоидный	37,5	4,5
Истероидный	8,3	45,5
Лабильный	20,8	22,7
Гипертимный	0	4,5
Не определен	8,3	4,5
Другие	16,4	0

Статистические значимые различия между группами получены по двум типам акцентуаций : в 1 группе статистически значимо

больше выражена эпилептоидная акцентуация, а во 2 группе - истероидная. В 1 группе средний уровень маскулинизации у девочек с эпилептоидной акцентуацией составил  $M\bar{x} = 5,6$ , что значительно превышает популяционные нормы (Н.Я. Иванов, 1985; А.Е. Личко и соавт., 1982; А.Е. Личко, 1983). Кроме того, эпилептоидный тип акцентуации в женской популяции встречается редко (по данным Н.Я. Иванова в 2% случаев в возрасте 14-15 лет). Наличие эпилептоидной акцентуации может являться косвенным доказательством полоролевой трансформации больных первой группы, т.к., во-первых, этот тип акцентуации в 4 раза чаще встречается в мужских популяциях, а, во-вторых, уровень маскулинности у эпилептоидных девочек 1 группы значительно превышает популяционные нормы. Гипотетически можно думать, что у эпилептоидных девочек возникает конфликт между маскулинной полоролевой ориентацией и необходимостью принятия женской половой роли. Этот конфликт может проявиться в форме ЮМК, как соматическом "протесте" против принятия социально-нормативной женской половой роли. Mussen et al. (М. Кле, 1991) указывают, что для 40% девушек менархе является выраженным психологическим стрессогенным фактором. Во 2 группе у девочек с истероидной акцентуацией выше уровни маскулинности ( $M=3,1$  при популяционной норме 1,4) и фемининности ( $\Phi=4,4$  при популяционной норме 3,1). Истероидный характер в генезисе связан с установлением скрытой эротической связи с отцом (S. Johnson, 1993). Девочка, с одной стороны, привлекает внимание отца (М. Siems, 1992) а, с другой, - имеет выраженный комплекс маскулинности (борьба со всем мужским). Поэтому в структуре истероидной личности имеется полоролевой дисбаланс: внешнее подчеркивание своей женской сущности (фемининности) при первичной маскулинности. ЮМК могут быть формой псевдоразрешения этого конфликта: и привлечением внимания отца, и подавлением инцестуозных желаний и т.п. Таким образом, преобладание эпилептоидной и истероидной акцентуаций в патогенезе ЮМК может быть гипотетически объяснено полоролевой трансформацией. Наши данные о распределении акцентуаций в группе девочек с ювенильными маточными кровотечениями не согласуются с данными, полученными Б.Е. Микиртумовым (1987), согласно которым у указанных больных в возрасте 11-16 лет преобладают лабильная, сенситивная, астено-невротическая и психастеническая акцентуации, а истероидная и эпилептоидная встречаются лишь в 2,3 % и 2,3 % соответственно. Причина несогласованности данных, полученных нами и Б.Е. Микиртумовым, неясна.

#### Глава 4. М/ф-симптомокомплекс при криминальном поведении

##### 4.1. Особенности полоролевой сферы лиц, совершивших изнасилования и убийства

Изнасилование - наиболее часто совершаемое сексуальное преступление : составляет  $73+_5$  % всех сексуальных преступлений (Б.Л. Гульман, 1994). Согласно литературным данным, можно предположить, что лица, совершившие

изнасилование, имеют проблемы в полоролевой сфере. Так, по данным Р. Volk и соавт. (1984) личность насильника характеризуют такие фемининные особенности, как изнеженность и субмиссивность. Б.Л. Гульман (1994) выявил у подавляющего большинства насильников (83+\_5%) нарушение полоролевого поведения. Кроме того, лица, совершившие изнасилование, имеют проблемные отношения с родителями. D. Abrahamsen (1950) отмечал, что матери насильников, как правило, доминируют в семье и не одобряют своей женской роли, оказываются физически и морально превосходящими. Такая семейная ситуация приводит к тому, что насильники постоянно ощущают собственную неполноценность. Это порождает полоролеву фрустрацию, которая, согласно теории фрустрацииагрессии, вызывает гнев. Для насильников свойственна генерализованная агрессия в отношении женщин (Б.Л. Гульман, 1994; D. Abrahamsen, 1950). В основе изнасилования может лежать нарушенный полоролевой механизм. Насильник в родительской семье воспитывается таким образом, что не может чувствовать себя "мужчиной" (мать подавляет его), переживает так называемую полоролеву фрустрацию ("инакость" по отношению к другим мальчикам). Это приводит к появлению гнева. Поскольку такой мужчина из-за неуверенности, робости и т.п. не может проявить агрессию по отношению к значимой женщине (матери, супруге или партнерше), он переносит ее на жертву изнасилования, которая в данном случае выполняет роль женщины-символа, фетиша, возраст и внешность которой не играет большой роли. Поэтому в основе изнасилования может лежать не механизм удовлетворения сексуальной потребности, а механизм покорения жертвы. Вместе с тем, Б.Л. Гульман приводит данные о том, что изнасилование как преступление может быть гипермаскулинным поведением и осуществляться по чисто сексуальным мотивам. Во-первых, в межличностном общении насильники доминантны (т.е. маскулинны), во-вторых, у них снижены платоническое и эротическое либидо при сохранном сексуальном либидо, в-третьих, преобладание среди насильников лиц молодого и среднего возраста, а также незначительное количество среди них больных алкоголизмом говорит о важности сексуального либидо в реализации преступления. Вместе с тем, по наблюдениям Б.Л. Гульмана, среди насильников были и лица с фемининной полоролевой структурой. Таким образом, с полоролевой точки зрения возможны два противоположных механизма преступления: 1) полоролевая трансформация, в рамках которой изнасилование является гипермаскулинной компенсацией первичной фемининности; 2) маскулинная гиперроль, когда насильник имеет напряженное сексуальное либидо и повышенную агрессивность, реализующиеся в преступном действии.

Имеются многочисленные исследования преступной личности (D. Kubacka-Jasiecka, 1975 и др.), в рамках которых были сделаны попытки выделить ее характеристики. Причем, как правильно пишет М. Kosewski (1977), преступники с психологической точки зрения представляют собой мозаику типов и черт. Поэтому результаты сравнительных исследований

групп преступников зависят от того, какие фрагменты этих мозаик мы сравниваем. Следует выделять в самостоятельную группу агрессивные преступления, которые, видимо, связаны с более однородной личностной структурой. Анализ личностных особенностей преступников вообще по сравнению с не преступниками их не выявил (K.F. Schuessler, D.R. Cressey, 1950; G.P. Waldo, S. Dintz, 1967). М. Kosewski прямо указывает, что теория "преступной личности" при экспериментальной верификации, как правило, не подтверждается. Вместе с тем, D. Kubicka-Jasiecka (1975), проведя обзор исследований, а также сравнительный анализ гетеро- и аутоагрессивных личностей указала на ряд существенных черт лиц, совершивших гетероагрессивные преступления: злость, желание мести, чувство превосходства и доминирования, такие особенности темперамента, как импульсивность, интенсивность реакций, активность и независимость, специфический способ восприятия внешних ситуаций как таких, которые содержат угрозу, низкая самооценка, подозрительность, недоверчивость и недружелюбность, трудность создания близких контактов с другими, раннее отвержение со стороны близких, фрустрация потребности эмоциональной зависимости, неспособность к идентификации с членами своей семьи, в которой не чувствует ни любви, ни уважения, недостаток приятельских и кооперативных связей, который W. Mc Cord и соавт. (1961), объяснили тенденцией к сепарации от семьи (у приведенных авторов эта тенденция выявлена у 58 % обследованных). В отношении агрессивности как черты характера имеются противоречивые данные. Так, J. Pinotel (1962) среди тетрады черт преступников выделил агрессивность, а М. Kosewski (1977) не выявил значимых различий по уровню агрессивности между ворами и лицами, совершившими агрессивные преступления (использовался опросник агрессии А.Н. Бусса и А. Даркея). М. Kosewski (1977) провел сравнительное исследование 30 преступников и группы студентов того же возраста, пола и социального происхождения. Оказалось, что по общей агрессивности группы достоверно не различались, но были значимые различия в способе манифестации агрессии. Физическая агрессия и подозрительность была выше в группе преступников, а вербальная не преступников. Одним словом, М. Kosewski заключает, что не существует некоторый психологический профиль агрессивного преступника, что "криминальная агрессия не может трактоваться как особое психологическое явление" (М. Kosewski, 1977, с. 209), что создание общей психологической теории преступности является невозможным" (М. Kosewski, 1977, с.210). Вместе с тем литературные данные вполне определенно свидетельствуют о нарушениях ранней социализации агрессивных преступников. Так, J.N. Butcher (1989) пишет, что для матерей агрессивных личностей характерно повышение по шкалам истерии, психопатии и паранойи при одновременном снижении результатов по шкале мужественность-женственность. Это позволяет описать их как эмоционально неуравновешенных, с неадекватным настроением, недоверчивых и враждебных. Хотя эта враждебность носит

косвенный характер. По данным D. Kubacka-Jasiecka (1975), отцы в семьях агрессивных преступников доминируют (в 70% семей обследованных преступников). Вместе с тем, как правило, отцы оцениваются отрицательно (в 70% случаев). В образе отца больше недостатков, чем достоинств. Отец воспринимается как беспомощный, не сумевший найти себя в жизни, мало уверенный в себе, безразличный к детям, жесткий, не способный принять собственного ребенка. L.M. Anderson

(1969) на основе данных MMPI описала отцов агрессивных личностей как лиц, не способных к близким эмоциональным контактам, эмоционально холодных, сохраняющих дистанцию. В детстве агрессивные преступники имели эмоциональную близость с матерью, так как отталкивающий и доминантный отец предотвращал процессы позитивной мужской идентификации. Результаты исследований A. Bandura и R.N. Walters (1968) обнаружили факт, что в детстве агрессивные личности значительно меньше идентифицировали себя с родителями, особенно с отцами, по сравнению с контрольной группой. Мать воспринимается как слабая и запуганная, и которая поэтому не может быть опорой (D. Kubacka-Jasiecka, 1975). Еще H.G. Gough (1948) выявлена неспособность адекватного выполнения преступниками социальных ролей отца и мужа в собственных семьях. Жены и девушки агрессивных преступников являются субмиссивными, покорными (D. Kubacka-Jasiecka, 1975), то есть в этих контактах преступники обнаруживают гипермаскулинную позицию. Сексуальные контакты агрессивных лиц A. Bandura и R.N. Walters (1968) трактуют как агрессивное выражение своей мужественности через половой акт. Хотя I. Weiner (1970) предлагает другую трактовку: сексуальный промискуитет агрессивных личностей является проявлением бессознательного стремления к близким контактам с другими людьми. Таким образом, у агрессивных преступников отсутствует мужская идентификация (идентификация с отцами), они близки с матерями, которые не могут защитить от отца собственных детей. В результате ребенок чувствует себя чуждым в семье, испытывает ненависть по отношению к отцу, желание борьбы и соперничества с ним. Депривированная потребность в эмоциональной зависимости приводит к тому, что у такой личности формируется страх близких эмоциональных контактов. Отсюда возникает и тенденция к частой смене партнеров, и неспособность к установлению длительных связей, основанных на чувствах, эмоциональное безразличие, дезинтеграция секса и чувств. Первичная "Я"-концепция таких личностей связана с чувством неуверенности, фасадная же "Я"-концепция представляет собой гипермаскулинную оболочку: сексуальность, напористость, безразличие, эмоциональная холодность, доминантность, соревновательность, сексуальность и непривязчивость. Фасадное "Я" оценивается этими личностями как мужское, твердое, смелое, самоуверенное (D. Kubacka-Jasiecka, 1975, с.96). Гипермаскулинность и, возможно, мужской шовинизм \* являются защитными образованиями. Скорее следует говорить не о

гипермаскулинности данных личностей, а об их инфантильности, эмоциональной незрелости.

\* С.А. Беличева (1993, с.172) говорит о женском цинизме как одной из характеристик криминальных подростковых групп, понимая под последним циничное отношение к девушкам.\*

Ниже в 4.2. мы опишем синдром П. Пэна - синдром инфантильной сексуальности.

Таким образом, приведенные литературные данные позволяют предположить наличие полоролевых трансформаций в качестве одного из криминогенных механизмов изнасилования и убийства. Нами было проведено сравнительное исследование полоролевой сферы лиц, отбывающих наказание за совершение изнасилования и лиц, осужденных за совершение убийства. В группе "насильников" имеется достигающая значимого уровня положительная связь маскулинности и фемининности. Эта связь такая же, как в группе девочек-подростков, описываемая континуально-адьюнктивной моделью. И, таким образом, в этом случае мы сталкиваемся не просто с "незрелой", но и трансформированной (такой, как у пубертатных девочек-подростков) полоролевой структурой. По сравнению с контролем, "насильники" и "убийцы", с одной стороны, имеют более выраженные "ядерные" маскулинные качества (агрессивность), с другой, - более выраженные "ядерные" фемининные качества (женственность, покорность, стремление помогать). Хотя по общему уровню маскулинности и фемининности группы не различаются, имеются статистически значимые различия по "ядерным" маскулинным и фемининным качествам с группой контроля. Иначе говоря, полоролевая структура личности преступников характеризуется М/ф-дисбалансом: сосуществованием в структуре личности несовместимых (дискордантных) М- и ф- качеств. "Склейка" мужских и женских качеств до 15/16-летнего возраста характерна для женской популяции. Это же мы наблюдаем в группе "насильников" (0,38;  $p < 0,05$ ), что позволяет предположить наличие у них трансформации полоролевой структуры. Была проведена процедура факторного анализа пространства полоролевых признаков (см. таб. 18).

Таблица 18.

Структура факторов полоролевого пространства в группах "насильников" (Н) и "убийц" (У)

Признаки	группа Н		группа У	
	1 фактор	2 фактор	1 фактор	2 фактор
Мя	0.51**	0.05	0.43**	0.55**
Мид	0.55**	0.12	0.31	0.57**
Мэ	0.53**	-0.20	0.05	0.37*
фя	0.15	0.47**	0.59**	0.01
фид	0.34*	0.43**	0.62**	0.02
фэ	-0.04	0.51**	0.35*	-0.50**

Обозначения: Мя, фя - реальные образования соответственно

маскулинности и фемининности; Мид, Фид - идеальные образования соответственно маскулинности и фемининности; Мэ и Фэ- экспертные оценки соответственно маскулинности и фемининности.

Оказалось, что в один фактор (1-й) входят как М-, так и ф-структуры, что свидетельствует об их сцепленности. В группе "насильников" сквозным признаком, входящим в оба выделенных фактора, является идеальная фемининность, а в группе "убийц"- собственная маскулинность. Это подтверждает наличие в группе "насильников" полоролевой трансформации. Таким образом, "насильники" имеют инфантильную и трансформированную, а "убийцы"- инфантильную полоролевою структуру.

17 насильников и 13 убийц подверглись многократному тестированию по методике L. Szondi. В результате были выделены коренные, т.е. патогенные психологические факторы криминального поведения этих групп. В таблице 19 представлены частоты коренных факторов в двух группах.

Таблица 19.

Частота коренных факторов

Группы	h		s		e		hy		k		p		d		m	
	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
насильники	7	1	1	3	2	4	2	6	1	5	2	6	2	2	7	3
убийцы	4	0	3	3	2	0	1	6	0	5	2	2	0	2	6	0

Как видно из таблицы 19, наиболее частотными в группе насильников оказались следующие коренные факторы: m, hy, h, p; а в группе убийц- hy, m, s, k. Это означает, что криминальное поведение в группе "насильников" обусловлено: 1) неудовлетворенной потребностью присоединения к близким людям, единения с ними (скорее всего с матерью) (p); 2) нереализованной потребностью в любви и нежности, а также, возможно, в реализации гомосексуальных тенденций (h); 3) неудовлетворенной потребностью в зависимости от близких (m); 4) неудовлетворенной потребностью в самодемонстрации (hy). Криминальное поведение в группе "убийц" определяется следующими факторами: 1) неудовлетворенной потребностью в самодемонстрации (hy); 2) неудовлетворенной потребностью в зависимости от близких (m); 3) нереализованной агрессивной потребностью (s); 4) постоянной необходимостью сдерживаться, самоограничиваться, вытеснять те потребности, которые воспринимаются окружающими как несоответствующие морали и идеалам общества (k). Следовательно, первичная агрессивность (агрессивный характерологический радикал), и необходимость сдерживаться в проявлении собственных потребностей - специфические криминальные факторы в группе "убийц". В литературе (D. Kubacka-Jasiecka, 1975) имеются данные, что аффективные убийства связаны с гиперконтролем своего поведения, когда постоянное сдерживание приводит к



кумуляционному эффекту: агрессивная разрядка не наступает "по мелочам" в легкой форме, а происходит в жестких, brutальных формах, когда человек уже не в состоянии сдерживаться. Агрессивность подростков, связанная с фрустрацией потребности в зависимости, описана и проанализирована А. Bandura и R.H. Walters (1968). В таблице 20 представлены отдельные поведенческие и характерологические признаки (по методике Зонди) группы "насильников" и группы "убийц". В целом можно сказать, что насильники состоят в патологической инфантильной привязанности к матери, от которой они, с одной стороны, желают освободиться, а, с другой, - боятся этого. В связи с патологическими взаимоотношениями насильников с собственными матерями, насильники не имеют возможности реализовать с ними теплые отношения.

Таблица 20.

Выраженность поведенческих и личностных признаков в группах "насильников" (Н) и "убийц" (У)

NN пп	ПРИЗНАКИ	Частота (%)	
		Н	У
	<b>I. Эрос</b>		
1	выраженная потребность в любви	29,4	38,5
2	сублимация секс. либидо в социал. активность	41,2	38,5
	<b>II. Контакты со значимым окружением</b>		
3	привязанность к близким (родителям)	29,4	15,4
4	стремление к отрыву от родителей	23,5	0
5	амбивалентность отношений с родителями (любовь и ненависть)	64,7	61,5
6	стремление сохранить утраченный объект	11,8	7,7
7	утрата объекта	5,9	38,5
8	поиск новых объектов при одновременном цеплянии за старый	23,5	15,4
9	нарушено первичное доверие к миру	23,5	46,2
10	сильная инерция утраченной связи	0	23,1
11	садомазохизм	29,4	7,7
12	садогуманизм	11,8	0
13	мазохизм	17,6	46,2
14	сализм	5,9	0
	<b>III. Моральность</b>		
15	совестливость, обостренное чувство справедливости, сверхответственность, гиперсоциальные установки	41,2	92,3
16	стремление загладить вину	47,1	46,2
	<b>IV. Агрессивность</b>		
17	агрессивность и жестокость как черты хар-ра	17,6	23,1
18	эгоистичность, враждебность	11,8	30,8
19	настороженность, подозрительность, ревность	47,1	15,4
20	склонность к аутоагрессии посредством алко-		

	голя, наркотиков	5,9	15,4
21	суицидальные тенденции, аутоагрессия	11,8	15,4
22	упрямство, недисциплинированность	5,9	15,4
V. фемининность			
23	пассивность, женственность	29,4	30,8
24	добродушие и кротость	29,4	76,9
25	гуманистическая направленность, склонность к самопожертвованию, доброжелательность	64,7	69,2
VI. Коммуникация			
26	избыточная общительность, компенсирующая чувство одиночества	29,4	30,8
27	инфантилизм в контакте	23,5	61,5
28	амбигуэнтность в установлении контактов (стремление к людям и бегство от них), раздвоенность и нерешительность в установлении контактов	35,3	38,5
VII. Сила - слабость "Я"			
29	сниженный самоконтроль своего поведения	35,3	30,8
30	слабость моральной цензуры	5,9	7,7
31	развитый самоконтроль, заторможенность потребностей	35,3	61,5
VIII. Черты характера			
32	экстернализм	5,9	7,7
33	нарциссизм	11,8	23,1
34	демонстративность	17,6	7,7
35	анальный эротизм	5,9	23,1
36	гомосексуализм	0	15,4

Взаимоотношения "насильников" с близким окружением характеризуются амбивалентностью, одновременным наличием любви и ненависти. Поэтому они "отдают себя на растерзание" другим, служа им. И, таким образом, в полоролевом отношении насильники характеризуются фемининными чертами. "Убийцы" характеризуются утратой связей с близким окружением (матерью), сильным влиянием утраченной связи на актуальное поведение, инфантилизмом в контактах, терпеливым отношением к мучающим близким людям (мазохистические черты). Одним словом, "убийцы" - это люди "брошенные" матерями (в психологическом смысле), утратившие с ними близкий контакт, инфантильные и обреченные на раннюю самостоятельность. Но это инфантильная, а не зрелая самостоятельность. Следует сказать, что обе криминальные группы характеризуются амбивалентностью отношений с близким окружением, нарушенным первичным доверием к миру, гиперсоциальными установками, стремлением загладить вину, гуманистической направленностью, доброжелательностью, избыточной общительностью, компенсирующей чувство одиночества, инфантилизмом в контактах, пассивностью и женственностью. Эти качества отражают как особенности семейной социализации, так и

особенности реагирования на пребывание в колонии.

Нами были просчитаны индексы маскулинности генобиологического уровня по методу Dur-Moll L. Szondi. Средний индекс маскулинности в группе "насильников" составляет  $X=45,8\%$ ;  $S=9,9$ ; а в группе "убийц" -  $X=59,4\%$ ;  $S=4,1$ . L. Szondi (1960) приводит нормативный показатель маскулинности для мужчин -  $66,6\%$ . Следовательно можно говорить о снижении показателей маскулинности в группе "насильников". Поведение обеих криминальных групп описывается синдромом инфантилизма П. Пэна.

#### 4.2. Синдром инфантилизма П. Пэна

D. Kiley (1993) описал синдром Питера Пэна у мужчин. Это синдром незрелости у мужчин. Синдром П.Пэна включает 4 основных симптома (первичных) и 2 вторичных (производных). Симптомы формируются в некоторой последовательности, начиная с 10 лет. Перечислим эти симптомы. К первичным симптомам автор относит безответственность, тревогу, одиночество, полоролевой конфликт, к вторичным - нарциссизм и мужской шовинизм.

Безответственность - характерная черта детства, которая уходит со взрослением. Взрослые зрелые мужчины не могут уйти от ответственности, а взрослые с синдромом П.Пэна - от безответственности. Первоначально это детский бунт против взрослости, который со временем проникает во взрослый стиль жизни. Возникает тотальная безответственность. Период полного развития безответственности 10-12 лет. Автор описывает 4 стратегии избегания ответственности в подростковничестве:

- 1) "ангел" (ребенок делает что хочет, а потом со слезами на глазах спрашивает: "Мог ли я это сделать специально?");
- 2) "злой" (постоянно пререкается с родителями, выводит их из равновесия. В результате родители, желая покоя, делают все сами);
- 3) "слепой, недоразвитый, глухой" ("Не слышал, что ты это мне говорила", и "Не могу вспомнить" и т.п.);
- 4) "премиальный Сэм" (ребенок - объект восторженности родителей, которые отказываются при этом от жестких воспитательных воздействий).

Тревога связана с тем, что дети берут на себя вину за супружеские проблемы. "Информационная" политика семьи, в которой живет мальчик с формирующимся синдромом П.Пэна характеризуется противоречивостью. Эти воздействия на ребенка являются скрытыми. Воздействия матери: 1) "Не огорчай отца", 2) "Ведешь себя как отец", 3) "Твой отец бесчувственный", 4) "Это фатально, что для твоего отца работа важнее, чем семья". Воздействия отца также противоречивы: 5) "Не впутывай мать в мои дела", 6) "Не обижай мать", 7) "Твоя мать не понимает мужчин", 8) "Знай, сын, какие бывают женщины".

Несогласие, существующее между родителями, оказывает постоянное негативное влияние на детей с того момента, когда они уже начинают чувствовать атмосферу семьи. Ребенок берет на себя роль детектива - исследует скрытое содержание

вышеприведенных высказываний. Ребенок приходит к убеждению, что он сам - причина проблем родителей. Ребенок попадает в ситуацию противоречивых воздействий, которые обобщенно можно свести к альтернативе: "держись на дистанции от отца" и "мать - слабый человек и ты ее ранишь". Соединение безответственности и тревоги приводит к беспомощности в принятии решений. Вместе с тем мальчик гиперкомпенсаторно пытается уйти от отчаяния, которое его преследует. Чувство вины проявляется посредством реактивного образования - "Я никогда ничего плохого не делал".

По генезису одиночество связано с родительской семьей. Одиночество маскируется веселостью и приводит к значительным изменениям в характере мальчика: подростки идут на контакты, платя любую цену. Их родители замкнуты в порочном круге "деньги-любовь-счастье". Чувство принадлежности дает человеку забота о других. Мужчина с синдромом П. Пэна покупает дружбу, и не может себя идентифицировать с группой, оставаясь как бы вне группы.

Полоролевой конфликт состоит в том, что мужчина с синдромом П. Пэна желает, чтобы его партнерша вошла в роль его матери. Инфантильная потребность в зависимости имеет тормозящее влияние на развитие зрелых отношений с людьми. В своей семье такой мужчина чаще сын, а не муж и отец. Он выбирает жен-матерей. В молодом возрасте мужчины с синдромом П. Пэна с уважением относятся к близким ему женщинам. Это выражается в заботе, готовности помогать. Чувства истинны, а вовлеченность глубокая. Затем, когда усиливается внутренний конфликт, возникает раздражение и гнев на женщин. Мужчина хочет освободиться от ранее принятых им обязанностей в отношении женщин, демонстрирует презрение к противоположному полу, приписывает женщинам вину за свое бессилие. Отсюда возникает гипермаскулинное поведение: "Покажу каждой самке, где ее место".

Следующий вторичный симптом указанного синдрома - нарциссизм. Мужчина с синдромом П. Пэна очень нуждается в том, чтобы его хвалили. Это усиливает его чувство собственной значимости. Самообожание предохраняет от одиночества и тревоги. Мужской шовинизм проявляется в стремлении решать проблему за жену или партнершу. Кроме того, низкая толерантность мужчин с синдромом П. Пэна к эмоциональным напряжениям партнерши приводит к его выраженным реакциям на ее эмоциональные экспрессии. Это заставляет женщин подавлять свои эмоции. Мужской шовинизм - это реакция на проявление отсутствия веры в себя, связанного с мужской сексуальностью. В неудачах обвиняет женщин: это по их вине. Шовинизм цементирует связи с другими мужчинами, которые формируют маскулинность мужчины с синдромом П. Пэна. Мужской шовинизм - это способ быть взрослым - чувствительный, деликатный ребенок становится "монстром". Нарциссизм и мужской шовинизм вызывают эгоистическую установку. D. Kiley (1993) пишет, что чем более ребенок чувствителен к другим людям, тем более выражен мужской шовинизм впоследствии (механизм гиперкомпенсации) у

взрослого мужчины с синдромом П. Пэна.

Симптомообразование мужского шовинизма D. Kiley рассматривает следующим образом: чувство одиночества и полоролевой конфликт приводят к формированию неуверенности в себе, которая, в свою очередь, подвергаясь защитной динамике, приводит к кристаллизации нарциссизма и мужского шовинизма как устойчивых характерологических черт. Мужской шовинизм – это финальный симптом синдрома П. Пэна. Следует подчеркнуть, что мужской шовинизм в рамках синдрома П. Пэна это не только ( и не столько) нападение на женщин, но и защита от отвержения. Период наибольшего усиления симптома мужского шовинизма 21-22 года. D. Kiley рассматривает мужской шовинизм в рамках синдрома П. Пэна как камуфляж под мужскую зрелость.

В работе A. Bandura и R.H. Walters (1968)

рассматривается в качестве генезиса подростковой агрессии механизм фрустрации потребности в зависимости со стороны значимых взрослых. Подросток, с одной стороны, желает удовлетворить эту потребность, а, с другой, – не верит в возможность этого, а поэтому уходит от близких контактов со взрослыми, имеет многочисленные механизмы обесценивания взрослого. Подросток находится как бы в ситуации "двойной связи" со взрослыми, описанной системными семейными терапевтами. Суть принципа "двойной связи" состоит в противоречивых требованиях: "сделай это", " не смей делать этого" при одновременно существующем требовании "не вздумай уклониться от этого выбора". Подросток фиксируется на ранних этапах (неудовлетворенность потребности в зависимости). Механизмы защиты подростка делают его как бы самостоятельным, независимым, более взрослым. Агрессивность, с одной стороны, это результат фрустрации потребности в зависимости, с другой, – выученная форма семейного поведения, с третьей, – это способ уклониться от зависимости от взрослых. Иначе говоря, подросток внешне как бы рано взрослеет, становится выражено маскулинным, и таковым себя считает.

## Глава 5. Концептуально-методические проблемы оценки маскулинности и фемининности

### 5.1. Анализ полоролевых шкал

Анализ полоролевых методик, с нашей точки зрения, следует осуществить по следующим позициям: 1) объект оценивания, 2) уровень оценивания (включенность биогенного и/или социогенного уровня), 3) механизм оценивания, 4) лежащая в основе методики концепция (часто имплицитная) маскулинности/фемининности.

#### 5.1.1. ACL-шкала полоролевого поведения A.B. Heilbrun

1. Объект оценивания. ACL-шкала ориентирована на диагностику личностных черт и основана на технике контрольного списка прилагательных, предложенной H.G. Gough (1952). Полоролевая ACL-шкала разработана H.G. Gough и A.B. Heilbrun (1965). В настоящее время библиография по использованию данной методики содержит более 500 наименований A.B. Heilbrun (1981). A.B. Heilbrun отобрал мужчин, идентифицирующих себя

с маскулинными (инструментальными) отцами и женщин, идентифицирующих себя с фемининными (экспрессивными) матерями. Этим двум нормативным группам испытуемых дали задание выбрать из контрольного списка трехсот прилагательных те, которые более всего соответствовали им самим. Каждое прилагательное несет определенную личностную черту. Так были отобраны прилагательные, отражающие маскулинные и фемининные черты. Каждое прилагательное характеризовалось полоролевым индексом. Всего было выделено 53 прилагательных: 28 из них составляют шкалу маскулинности и 25 – шкалу фемининности. Содержательная валидность шкалы определялась независимыми экспертами, которые высказывались о том, какие прилагательные выражают маскулинные черты, а какие – фемининные. В работе S.G. Zimet и C.N. Zimet (1977) экспертами были лица в возрасте 42 – 44 лет с высшим образованием. Оказалось, что 86% маскулинной шкалы и 81% фемининной совпали с экспертными оценками. Исследования (А.В. Heilbrun, 1981) с помощью полоролевой шкалы 471 мужчины и 668 женщин показало, что шкалы маскулинности и фемининности являются независимыми (коэффициент корреляции между ними не достигает значимого уровня). Мы исследовали тест-ретестовую надежность адаптированного нами русскоязычного варианта этой шкалы в интервале двух недель на выборке 11-12 -летних подростков (33- мужского и 27 - женского пола). Данные представлены в таблице 21 (коэффициенты корреляции Спирмена данных маскулинности и фемининности с двухнедельным интервалом).

Таблица 21.

Надежность шкал маскулинности (М) и фемининности (Ф) методики ACL А.В. Heilbrun

П о л	М	Ф
Мужчины	0,85 *	0,70 *
Женщины	0,76 *	0,87 *

\*  $p < 0,001$

Таким образом, шкалы М и Ф методики А.В. Heilbrun обладают тест-ретестовой надежностью.

Критериальная валидность модифицированного нами варианта шкалы А.В. Heilbrun оценивалась путем сопоставления с другими полоролевыми шкалами. В таблице 22 приведены показатели критериальной валидности ACL-шкалы для различных выборок.

Таблица 22.

Связи показателей маскулинности и фемининности между ACL-шкалой А.В. Heilbrun и методиками ПДО, MMPI, Szondi, Baucor

Шкалы	Субшкалы ACL-шкалы							
	дев.15-16 л n=35		мал.15-16 л. n=20		мальчики 14-16 л.			
					"норма"n=20		девиант.n=20	
	М	ф	М	ф	М	ф	М	ф
ПДО	.05	-.02	-.45	.02	.19	.2	.11	.26
MMPI	.04	.24	-.09	.27	-	-	-	-
Szondi	.21	.23	.18	.07	-	-	-	-

	Субшкалы ACL-шкалы							
	подростки 11-12 лет				Взрослые			
	мальч. n=45		девоч. n=28		мужчины n=40		женщ. n=40	
	М	ф	М	ф	М	ф	М	ф
ПДО	-.05	.22*	.06	-.003	-	-	-	-
Baucor	-	-	-	-	.14	-.02	.21	.15

Выявлена значимая связь фемининности у подростков мужского пола, измеренной ACL-шкалой А.В. Heilbrun с соответствующей шкалой ПДО. При традиционной трактовке полученных данных нельзя говорить о том, что ACL-шкала отвечает критерию критериальной валидности. Вместе с тем этот вопрос требует особого рассмотрения, что мы сделаем в 5.2.

Нормативные данные по ACL-шкале получены нами на группах подростков 15-16 лет и приведены в таблице 23.

Таблица 23.

Распределение нормативной выборки

	Мальчики (15-16 лет) n = 100	Девушки (15-16 лет) n = 100
M Sm	76,3	72,3
Ф Sф	73,4	81,1

M - среднее; Sm - среднее квадратическое отклонение распределения маскулинности; Sф - среднее квадратическое отклонение распределения фемининности.

Таким образом, объектом оценки рассматриваемой методики являются личностные черты.

2. Уровень оценивания. Данная методика в большей степени ориентирована на социогенные уровни, так как диагностирует полоролевою "Я"- концепцию человека. Как мы показали ранее, подростки с задержкой пубертата имеют более высоко развитые маскулинные черты, оцениваемые ACL-шкалой. Это позволяет думать, что данная методика диагностирует личностную компенсаторику, или защитную "Я"- концепцию, а не актуальный биогенно детерминированный уровень маскулинности/фемининности. Мы также выявили, что между идеал-концепциями маскулинности более и менее маскулинных мужчин (20 человек 18-20 лет) нет статистически значимых различий ( $t=1,4$ ;  $p<0,05$ ).

3. Механизмы оценивания. В ряде методик существует понятная для испытуемого связь адресованным к нему вопросом и выводом, который делает исследователь из его ответа на этот вопрос. Очевидно, что если спрашивают об агрессивности, то по ответу судят именно об агрессивности, а не о каком-либо другом качестве. Скажем, в методике ПДО о маскулинности судят, например, по хорошему аппетиту и хорошему сну. Исследуемый, естественно, может вовсе не связывать хороший сон или высокую потливость (как в методике D. Baucorn) с маскулинностью/фемининностью. Процедура тестирования по ACL-шкале основана на естественном языке самооценки - на прямом самооценивании испытуемым выраженности у себя маскулинных и фемининных черт.

В основе методики лежит концептуализация маскулинности как инструментальности, а фемининности как экспрессивности.

#### 5.1.2. Шкала m/f ПДО

1. Объект оценивания. Оцениванию в данной шкале подлежат некоторые биологические проявления (сон, аппетит, самочувствие и выраженность полового влечения), поведение, а также эмоциональные реакции на некоторые события.

Имплицитная концепция маскулинности, представленная в ПДО, имеет следующие определения: чувство бодрости и веселья;



хороший сон, не придает значения сновидениям; долго не переживает то, что видел во сне; хороший аппетит; еда интересует лишь как средство поддержания здоровья; периодами выпивает охотно; спиртным не заглушаются приступы плохого настроения, тоски или тревоги; беспокоит половое влечение; трудно его сдерживать; нехватка денег не раздражает; заранее расходы не рассчитываются; деньги легко берутся в долг; упрекает себя в том, что недостаточно любит родителей; жить нужно так, чтобы окружающие не могли подумать ничего плохого; рискует по необходимости, рисковать не любит; не любит поучений; малая обидчивость и малая чувствительность; социальная нормативность; устремленность в будущее. Таким образом, маскулинность - это: активность, бодрость, сильная биологическая основа (хороший сон, аппетит, сильное либидо), соперничество, социальная нормативность, устремленность в будущее, реализм, межличностная чувствительность. Таким образом, концепция маскулинности в ПДО практически не вписывается в инструментальную концепцию маскулинности.

Концепция фемининности, заложенная в ПДО, имеет следующие признаки: желание долго спать; стремление хорошо одеваться; потребность в заботе о себе со стороны окружающих; капризность и своенравность; трудность соблюдения правил и законов; дружелюбие; боязнь риска. Обобщенно фемининность может быть представлена как : капризность, нереалистичность, изменчивость, ненормативность, тревожность, эгоцентризм. Такое понимание фемининности не отвечает концепции фемининности-экспрессивности, в рамках которой акцент делается на социальной компетентности.

Таким образом, реальности, диагностируемые методиками ACL A.B. Neilbrun и шкалой m/f ПДО существенно различаются.

3. Механизм оценивания. Выводы, которые делает исследователь из реакций испытуемого на утверждения опросника, совершенно непонятны самому испытуемому. В самом деле, нужно быть очень изощренным, чтобы увязать маскулинность с выраженностью либидо, хорошим аппетитом и т.п. Кроме того, сама оценка выносится испытуемым каким-то своим поведенческим реакциям, которые реконструирует исследователь. Поэтому механизм оценивания в данном случае может быть определен как косвенное оценивание.

В основе методики лежит социально-нормативная концепция маскулинности/ фемининности. Эта концепция несколько отличается от концепции инструментальности-экспрессивности. Последнюю можно реинтерпретировать как рациональность-эмоциональность, деловитость (направленность на дело) - общительность (направленность на общение). Социально-нормативная концепция имеет несколько другое содержание: активность-пассивность, социальность-эгоцентризм. Очевидно, что это близкие, но, тем не менее, различающиеся концепции маскулинности/фемининности.

5.1.3. Шкала выраженности мужских и женских черт характера MMPI (5-я шкала)

1. Объект оценивания. Шкала отражает степень идентификации с

традиционной культурой и социальной ролью мужчины и женщины. Маскулинность обозначает в этой шкале : предприимчивость, избирательность и ограниченность круга интересов, стремление к преодолению препятствий, малая чувствительность к эстетическим тонкостям и оттенкам человеческих отношений, доминантность, склонность к соперничеству, отсутствие склонности к анализу оттенков своего поведения (Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников, Р.В. Рожанец, 1976). Концептуально маскулинность и фемининность, имплицитно представленная в 5-й шкале MMPI, согласуется с концепцией инструментальности и экспрессивности. Вместе с тем, шкала описывается континуально-альтернативной моделью, и поэтому фемининность здесь не имеет специфических характеристик и лишь обозначает недостаток маскулинности. Оцениванию подлежат установки, интересы и особенности поведения людей.

2. Уровень оценивания. Мы получили данные, которые свидетельствуют о наличии связей между пятой шкалой MMPI и концентрацией некоторых гормонов (ЛГ, ПРЛ, АКТГ) в плазме крови. Это говорит о чувствительности данной шкалы к биогенным аспектам маскулинности/фемининности.

3. Механизм оценивания. В этой шкале реализуется механизм косвенной оценки.

5.1.4. Психосексуальная пропорция - шкала Dur-Moll в методике L. Szondi

1. Объект оценивания. Концептуально мужские реакции рассматриваются как жесткие, непластичные - как неспособность меняться. Напротив, женские реакции рассматриваются как пластичные, изменяемые, поддающиеся психотерапии. Таким образом, концепция Dur-Moll совершенно отлична от концептуализации маскулинности/фемининности как инструментальности/экспрессивности.

В качестве мужских реакций (Dur) в каждом влечении L. Szondi (1960) рассматривал следующие:

S-Dur	0+, +_0, +_+, +0, ++, -0, -+_, -+
P-Dur	0+, +_0, +_+_, +_+, -0, -+_, -+, --
Sch-Dur	+_0, +_+_, +_+, +_-, +0, +-, -0, --
C-Dur	0+, 0-, +_-, +0, +-, -0, -+_, --

В качестве женских (Moll) Л. Зонди считает следующие реакции:

S-Moll	00, 0+_, 0-, +_+_, +_-, ++_, +-, - -
P-Moll	00, 0+_, 0-, +_-, +0, ++_, ++, +-
Sch-Moll	00, 0+_, 0+, 0-, ++_, ++, -+_, -+
C-Moll	00, 0+_, +_0, +_+, ++_, ++, -+, +_+_-

Усиления (!) по потребностям в психосексуальной шкале означает лишь усиление мягких (Moll) или твердых (Dur) реакций. Показатель маскулинности:

$M = (R_d / (R_d + R_m)) * 100\%$  , где  $R_d$  - количество Dur-ответов ,  $R_m$  - количество Moll- ответов.

2. Уровень оценивания. Автор шкалы доказывает генобиологическое значение индекса маскулинности, т.е. чувствительность указанного индекса к биологическим факторам, определяющим пол - генетическим и гормональным. Автор провел валидизацию психосексуальной пропорции по внешнему критерию. В качестве внешних критериев служили : 1) здоровые мужчины-шахтеры в возрасте 30-40 лет; 2) здоровые женщины; 3) гомосексуальные мужчины и женщины; 4) некоторые клинические и профессиональные группы: больные параноидной формой шизофрении (мужчины и женщины), учителя (мужчины и женщины), проститутки.

Исследования автора показали, что психосексуальная пропорция чувствительна к указанным критериям и хорошо дифференцирует приведенные группы. Кроме того, автор вывел типичные величины психосексуальной пропорции для указанных групп. В таблице 24 приведена факторная матрица, включающая полоролевые шкалы и типы телосложения.

Таблица 24.

Факторная матрица после ротации

Полоролевые шкалы	Факторы			
	I	II	III	IV
М Szondi	0.25	0.06	0.37	0.75
Ф MMPI	-0.72	0.18	0.46	0.18
М Baucorn	0.82	0.13	-0.17	0.06
М ПДО	-0.02	-0.02	0.87	-0.02
Ф ПДО	-0.63	0.28	-0.30	0.20
М Neilbrun	0.43	0.80	0.02	0.26
Ф Neilbrun	-0.21	0.93	-0.01	0.00
Инфантилизм	0.59	0.13	0.22	0.17
Евнухоидность	0.22	-0.14	0.33	-0.79

Как видно из таблицы, индекс маскулинности L.Szondi и евнухоидный тип телосложения входят в один фактор с противоположными по знаку и значимыми весами. Это свидетельствует о чувствительности указанного индекса маскулинности к тестикулярной недостаточности доклинического уровня. Евнухоидность связана с преобладанием длины ног в пропорциях тела, что свидетельствует о вялом или ретардированном пубертате, обусловленном тестикулярной "слабостью".

Таким образом, индекс маскулинности L. Szondi ориентирован на оценку биогенных аспектов маскулинности/фемининности.

3. Механизм оценивания. В основе оценивания лежит неконтролируемый сознанием механизм проекции.

#### 5.1.5. Шкала D. Baucorn

1.Объект оценивания. Шкала разработана D. Baucorn (1976), который опирался на эмпирические исследования, проведенные на базе Калифорнийского психологического опросника (CPI).

Черты, характеризующие маскулинность, содержатся в 54 утверждениях, а фемининность - в 42 утверждениях. Заложенные в опроснике концепции маскулинности и фемининности соответствуют культурным представлениям. Маскулинность понимается как авторитет, страсть к приключениям, а не к романам, быстрое принятие решений, отсутствие потребности нежиться, низкая тревога, способность руководить людьми, независимость, выраженное чувство соперничества, безразличие к социальным оценкам, отсутствие желания "копаться" в своей личности и вести дневник, уверенность в себе, неаккуратность, импульсивность, легкость социальных контактов, вытеснение неприятных мыслей, отсутствие страхов и тревоги. Фемининность проявляется в тревожности, романтичности, чувствительности к окружению, к критике, в конформности, отсутствии лидерских качеств и агрессивности, подверженности эмоциям, экстернализме, отсутствии интереса к технике, низкой потливости, в небольшом объеме социальных контактов. Представленные в этом опроснике концепции маскулинности и фемининности не вполне вписываются в модели соответственно инструментальности и экспрессивности, т.к., например, в концепции фемининности опросника D. Baucom слабо выражен момент социальной компетентности. Они, скорее, описываются социально-нормативной концепцией. Кроме того, в концепцию фемининности введен вегетативный компонент - низкая потливость (результат более низкой концентрации тестостерона в плазме крови). В рассматриваемом опроснике оцениваются не личностные черты, а некоторые частные поведенческие проявления, установки и эмоциональные реакции.

2. Уровень оценивания. Методика включает вопросы, ориентированные как социальный, так и на биогенный уровни. В частности, вопросы, касающиеся потливости и скорости чтения ориентированы на биогенные уровни. Высокая потливость связана с уровнем концентрации тестостерона в плазме крови, а темпоритмические характеристики, являясь психодинамическими, связаны с нейродинамическим (биогенным) уровнем функционирования человека.

3. Механизм оценивания. В данной методике механизм оценивания такой же, как и в методиках ПДО и ММРІ - косвенное оценивание.

Сведем в таблицу 25 обобщенную характеристику приведенных полоролевых шкал.

Таблица 25.

Обобщенная характеристика полоролевых шкал

Полоролевые шкалы	Объект оценивания	Уровень оценивания	Механизм оценивания	Концепция М/ф
1. ACL	Л	С	ПС	ИЭ
2. ПДО	П,У,ЭР	СБ	КО	СН
3. ММРІ	П,У,ЭР	СБ	КО	ИЭ
4. D.Baucom	П,У,ЭР	СБ	КО	СН
5. L.Szondi	ЖР	Б	БП	БМ

Обозначения: Л-личность; П-поведение; У-установки;  
 ЭР-эмоциональные реакции; ЖР-жесткость реакции;  
 С-социальный; СБ-социально-биологический; Б-биологический;  
 ПС-прямое самооценивание; КО-косвенное оценивание;  
 БП-бессознательная проекция;  
 ИЭ-инструментально-экспрессивная; СН-социально-нормативная;  
 БМ-биогенная модель.

Из таблицы 25 можно предположить, что ACL-шкала и Dur-Moll шкала L. Szondi являются изолированными, специфическими, а методики ПДО, ММРІ (5 шкала) и опросник D. Вaucom близки друг к другу.

## 5.2. Связь полоролевых шкал

Исходя из приведенных выше характеристик полоролевых методик, мы предположили, что одни методики (ACL-шкала и шкала Dur-Moll) являются изолированными, а другие (ПДО, ММРІ, D.Вaucom), напротив, - связаны друг с другом. В таблице 26 представлена соответствующая корреляционная матрица.

Таблица 26.

Связь полоролевых шкал

Шкалы	ММРІ	ПДО(м)	ПДО(м-ф)	ACL(м)	ACL(ф)	Вaucom
ММРІ	1.00	.10	-.07	.02	.10	-.23
ПДО(м)	.10	1.00	.74*	.13	-.23	.21
ПДО(м-ф)	-.07	.74*	1.00	-.01	-.19	.47*
ACL(м)	.02	.13	-.01	1.00	.12	.14
ACL(ф)	.10	-.23	-.19	.12	1.00	-.21
Вaucom	-.23	.21	.47*	.14	-.21	1.00
Szondi	.10	.18	.19	.36	.05	.14

\*  $p < 0,01$

Как видно из таблицы 26 обнаружена лишь одна значимая связь - положительная корреляция методик Вaucom и ПДО. Корреляция остальных шкал не достигает значимого уровня. Это позволяет говорить о различной психологической и психометрической природе рассматриваемых полоролевых шкал. Вместе с тем, при факторизации (метод Varimax) полоролевого признакового пространства (см. таблицу 27) выделилось два фактора, объясняющие 88,6% дисперсии. Таблица 27. факторная матрица после ротации

факторы	ММРІ	ПДО(м)	ПДО(м-ф)	ACL(м)	ACL(ф)	Вaucom
I фактор	0.08	0.84*	0.80*	0.08	-0.20	0.29*
II фактор	-0.39*	0.01	0.32*	0.01	-0.26	0.57*

\*  $p < 0,01$

В первый фактор со значимыми весами вошли методики D. Вaucom и ПДО; а во второй фактор - ММРІ, D. Вaucom и ПДО. Полученные данные позволяют заключить, что методики D.Вaucom, ПДО и ММРІ являются более близкими по психологической природе. Причем, наиболее тесная связь обнаруживается между методиками ПДО и D. Вaucom. ACL-шкала и шкала Dur-Moll являются, как мы и предполагали, изолированными: не связаны с другими вышеприведенными методиками. На рис. 10 представлена психодиагностическая карта различных биосоциальных уровней маскулинности/фемининности, содержащая связи методик, наложенные на "биологическое" (Б) и "социальное" (С) пространства. Таким образом, приведенные полоролевые методики можно расположить в 4-х признаковом пространстве: 1) объект оценивания; 2) уровень оценивания; 3) механизм оценивания; 4) концепция маскулинности/фемининности, лежащая в основе методики.

рис.10

Психодиагностическая карта образований маскулинности/фемининности

## Глава 6. Психотерапия, ориентированная на полоролевые структуры

Выявленные нами нарушения полоролевой структуры при неврозах явились основанием разработки программы полоролевого тренинга, цель которого состоит в гармонизации мужского и женского аспектов личности, в "открытии" для пациентов (клиентов) женского и мужского "объемов". Так как психотерапевтическое воздействие осуществляется с опорой на разные модальные "входы", приведем ряд психотерапевтических техник, относящихся к разным школам психотерапии и задействующих разные модальные системы. В частности, мы рассмотрим некоторые аспекты клиент-центрированной психотерапии, метод фокусинга и психотерапию криком. Первая техника в качестве "мишени" имеет ассоциированный эмоционально-смысловой процесс, а две остальных техники ориентированы на тело.

### 6.1. Клиент-центрированная психотерапия К. Роджерса.

Остановимся на ключевых вопросах теории и практики клиент-центрированной терапии. В любом виде психотерапии эксплицитно или имплицитно ставится вопрос о ресурсах изменения клиента. В подходе К. Роджерса такой ресурс задается специфическими отношениями психотерапевта с клиентом. Анализируя свою работу с Miss Mun, К. Роджерс (1955) отмечал: "...то, что клиент переживает в терапии, - это опыт быть любимым". Очевидно, что этот важный ресурс может возникнуть только в условиях особых "высококачественных" терапевтических отношений. Такие отношения не могут быть результатом контакта профессионала, знающего технику воздействия, с пациентом. Терапевт представлен в терапии как человек, а контакт осуществляется как контакт человека с человеком" (С. Rogers, 1951, с. 221). Акцент, таким образом, переносится на обеспечение

психотерапевтом необходимых и достаточных условий терапевтических изменений клиента. Это следующие условия: эмпатическое понимание и безусловное уважение клиента, а также конгруэнтность (истинность, искренность) психотерапевта. Перечисленные условия не являются результатом некоторой психотерапевтической техники. Скорее они представляют собой личностные установки самого психотерапевта. Поэтому техники, обеспечивающие наличие таких условий, не имеют статуса техник в точном значении этого слова. Это означает уклонение психотерапевта от соблазна спрятаться от клиента под маской профессионализма (N.J. Raskin, C.R. Rogers, 1989, с. 172). Для К. Роджерса самое главное - соприсутствие терапевта в бытии клиента. Работа С. Rogers "Client-centered therapy" (1951) ввела новое название его психотерапевтического подхода: название "недирективная психотерапия" было заменено "клиентцентрированной терапией", или "терапией, ориентированной на клиента". Это изменение названия означает перенос акцента с негативного утверждения "недирективная" к позитивным факторам, продуцирующим рост у клиента (B.D. Meador, C. Rogers, 1984, с. 150). Действительно, любая терапия - это своего рода манипуляция. Поэтому стиль (директивный или недирективный) работы терапевта не настолько важен, если есть качество отношений. Следует стремиться к качеству отношений, причем неважно каким приемом это достигается. Иначе говоря, клиент-центрированная терапия - это не "способ делания (действия)" (way of doing), а "способ сосуществования с клиентом" (way of being) (C.R. Rogers, 1970). Поэтому вопрос: "Что нужно делать для того, чтобы быть недирективным?" лишен всякого смысла в психотерапевтической системе К. Роджерса. Ответы типа: улыбаться, не советовать, не интерпретировать - это ответы манипулятивной недирективности, т.е. недирективности как "способа действия" и не имеет ничего общего с системой К. Роджерса. Думается, следует различать недирективность по существу и недирективность по форме. Если терапевт безусловно уважает клиента, его взгляды, его систему ценностей, его чувства, переживания и т.п., уважает его внутренние способности (ресурсы) к самоизменению и росту, то он безусловно недирективен, даже если выражает свое раздражение поведением клиента (и в этом случае он конгруэнтен), даже если и дает совет клиенту. Если же психотерапевт принимает недирективность по форме, то выясняет технические детали и нормативы недирективности. Одним словом, недирективность это не поведенческое измерение, а личностное.

К. Роджерс сформулировал три удивительно изящные метафоры. Первая метафора терапевта - это метафора садовника, который бережно, с любовью и вниманием ухаживает за растением. При этом силы роста и развития растения находятся в самом растении, а не в психотерапевте. Вторая метафора - это метафора акушерки, которая не создает ребенка, а лишь помогает ему родиться. Третья метафора психотерапевтического

процесса - метафора парного танца, в котором ведет клиент, а сопровождает терапевт. N. Raskin и C. Rogers (1989) справедливо отмечают, что взаимодействие с клиентом в личностно-ориентированной терапии концептуально просто. Это достаточно простая метафора человека. Патогенетические и психотерапевтические механизмы описываются небольшим числом переменных. Создается полное впечатление, что данный подход многое не в состоянии объяснить (т.к. объясняет это незатейливо просто). Вместе с тем, суть психотерапевтического подхода К. Роджерса состоит не в "интеллектуалистических" схемах, а в человечности. Эта человечность должна быть не просто понимаема, но переживаема. В процессе описываемой психотерапии формируется такое важное качество как готовность быть в процессе. Как подчеркнул К.Роджерс, для терапевта это означает готовность войти в терапию без заранее установленных планов и позиций. Механизмы терапии. К. Роджерс в качестве механизма изменения клиента рассматривал самоактуализирующую тенденцию. Вместе с тем, F. Zimring (1991, с. 61) отмечает, что объяснение К.Роджерсом причин изменений клиента является "первоначальным, а не конечным продуктом". F. Zimring (1991, с. 61) пишет: " Другие виды терапии пытаются делать то, что делает клиент-центрированная терапия, но делают это не так успешно. Один из главных результатов различных видов терапии состоит в том, что клиенты начинают переживать важность своего субъективного мира. Мы рождаемся и растем в мире, где объективная (интерперсональная) реальность является более важной, чем личностный субъективный мир. Мы обучаемся реальности нашего внутреннего мира в различных видах терапии. В клиентцентрированной терапии мир терапевта менее всего вторгается в клиента. Следовательно, клиент может оценить реальность и природу своего субъективного мира быстрее, чем в том случае, когда клиенту необходимо бороться с точкой зрения терапевта". Е. Еwczynski считает, что механизм личностно-центрированной терапии - объективация клиентом своей проблемы и дистанцирование от нее. Думается, что такая когнитивистская трактовка крайне упрощает подход К.Роджерса. С нашей точки зрения, оставаясь в феноменологической перспективе клиента, терапевт, в отрыве от конкретной личности клиента и ее движения в психотерапевтическом процессе, не может указать конкретных и универсальных для всех клиентов механизмы психотерапевтического изменения, специфичные для клиент-центрированной терапии. Это может быть и когнитивное переструктурирование, и диссоциация эмоций от когнитивной сферы, и расширение сознания, и получение поддержки (внешней опоры), вытеснение негативных эмоций позитивными, связанными с психотерапевтическим процессом и т.п. Задача клиент-центрированного терапевта состоит в том, чтобы создать условия инициации механизмов изменения клиента. Выбор же конкретного механизма за клиентом, а не задается самой техникой психотерапевтического воздействия. Ответственность клиента состоит в том, чтобы решиться на



личностные изменения. Психотерапевт лишь приглашает клиента к сотрудничеству, но качество этого сотрудничества, его глубина и направление зависят и от клиента. Клиент вправе оставить терапию в любой момент и вынести из нее ровно столько, сколько может (готов). Поэтому одним из важнейших условий изменения клиента является его готовность к этому изменению.

С формальной точки зрения, если психотерапия не ориентирована на специфические механизмы изменения клиента, не имеет специфической мишени, то отсутствует и специфичность психотерапии. Поэтому некоторые авторы рассматривают этот вид психотерапии как способ установления контакта с клиентом, после чего применяются собственно технические виды психотерапии. Н.Н. Strupp (1955,1957) приводит данные об использовании некоторыми психоаналитиками психотерапии К. Роджерса в качестве паллиативного, симптоматического средства. Причем, эта терапия показана лишь при актуальных и неглубоких, а не инфантильных конфликтах и дает лишь кратковременный эффект. Теоретически с этим трудно согласиться: психотерапия К. Роджерса ориентирована на личность, а не на симптом. Практически же клиент в терапии продвигается ровно настолько, насколько он готов это сделать. Поэтому эффект может быть перманентным, паллиативным или вообще отсутствовать, как и при других видах психотерапии. В нашей практике оказалось, что больные невротами с выраженной ипохондрической, депрессивной и фобической симптоматикой не направлены на личностные изменения, ждут от психотерапевта активных саногенных действий. В этих случаях мы не используем клиентцентрированный подход как единственный. Анализ жалоб клиента и техника работы с ними. Мы выделили некоторые наиболее типичные формы жалоб. Выделение этих типов достаточно условно.

1. "Непонятная" жалоба. Вот одна из них: "У меня все не так. Я не могу добиться того, чего хочу. Конечно, это не всегда так. Но когда это так, я чувствую себя несчастным". После такой жалобы так и хочется спросить: "Что Вы имеете в виду?". Жалоба действительно непонятна: можно только гадать о чем говорит клиент. "Непонятные" жалобы могут происходить, как минимум, из двух источников: с одной стороны, - это осторожность и недоверие клиента к терапевту, а , с другой, - клиент сам для себя не еще не сформулировал проблему, и "непонятная" жалоба-это ее формулировка в первом приближении. Конечно, можно попросить у клиента дополнительную информацию, например: "Что Вы имеете в виду, когда говорите, что бываете несчастным?". Такую реакцию терапевта нельзя квалифицировать как неправильную. Тем не менее, она может напугать клиента, если последний воспримет ее как грубый толчок, как давление. А это может произойти в том случае, когда клиент осторожничает и поэтому дает "непонятную" жалобу. Если "непонятная" жалоба является следствием того, что клиент только конструирует проблему, то указанная выше реакция психотерапевта может быть очень

полезной клиенту. Однако возможно и другое: клиент таким вопросом подталкивается к интеллектуализированной позиции. В этом варианте клиент превращается в квазиисследователя, который интерпретирует свою жизнь. Клиент не переживает, а рассуждает - он не в опыте, не в эмоциях. Поэтому одна из возможностей работы с "непонятной" жалобой клиента - это просто повторить то, что сказал клиент (режим психотерапевтического зеркала). Если же клиент представил свою жалобу совершенно спокойно, ему можно сказать: "И тем не менее Вы спокойны." (или "У Вас хватает мужества быть при этом спокойным"). Если же клиент жаловался, едва сдерживая плач, реакция терапевта может быть: "Я вижу, что Вам тяжело, что Вы чуть не плачете". Приведенные реакции психотерапевта помогают клиенту быть в своих переживаниях, а не выйти из них и рассуждать о них. Следовательно, при "непонятной" жалобе, с нашей точки зрения, следует: 1) поощрять (фасилитировать) вхождение клиента в эмоциональный процесс; 2) дать возможность клиенту самому "развернуть" собственные смыслы и содержание проблемы.

2. "Глупая" жалоба. На консультацию пришла супружеская пара, и одной из их жалоб была следующая: "Вы понимаете, - говорила женщина, - мы никак не можем договориться о взаимоприемлемом времени интимной близости. Я ему говорю, что 22.30 - самое подходящее время". И далее она логично обосновывала это время: "Интимная близость до 23.00, а затем сон в течение 7 часов до 6 утра. Затем я встаю, делаю завтрак и уйду на работу." Логично?! Безусловно. Но муж не согласен - "так рано не ложится спать". Эта "глупая" жалоба представляет собой ни что иное, как семейный миф, который мы описали как миф "22.30" (Кочарян Г.С., Кочарян А.С., 1994). Этот миф быстро развенчать не только нельзя, но и очень опасно. В данном случае смысловую проблему "как быть вместе?" супруги заменили технической: "когда быть вместе?". "Глупая" жалоба (а за ней лежит соответственно и "глупая" проблема) это вид защитной рационализации, "срыв" которой - не самая лучшая реакция психотерапевта. Вместе с тем за приведенной жалобой лежат полоролевые проблемы: жена находится в симбиотической связи с матерью, инфантилизирована и не нуждается в партнере. В случае "глупой" жалобы мы как будто сталкиваемся со "слепым" клиентом. Один вопрос возникает при этом: "Следует ли клиенту раскрывать глаза?". В индивидуальной и групповой психотерапии в случае таких жалоб, по нашему опыту, хорошо себя зарекомендовала техника метафор, позволяющая, во-первых, как бы со стороны посмотреть на собственную ситуацию и, во-вторых, с иронией отнестись к своей проблеме. Существуют и другие психотерапевтические возможности у метафор. В групповой психотерапии терапевтическими являются реакции других членов группы, когда (при правильной фасилитации) они не дают советов, а лишь отзываются на указанную проблему какого-либо члена группы, создавая тем самым полифонию "голосов" и человеческих смыслов. В этой ситуации смягчаются механизмы защиты.

3. Составная жалоба. Пример такой жалобы: "У меня не ладится на работе, в семье с мужем и детьми, вечно со мной что-либо случается, и даже ночью преследуют кошмары". С каким содержанием следует работать психотерапевту? Составная жалоба - это одна из разновидностей "непонятной" жалобы. Реакции психотерапевта по типу выяснения: "Что у Вас с мужем?", "Что у Вас с начальником?" и т.п. малоэффективны. Техника работы с составной жалобой следующая. Имеются три возможности: 1) рефлексивно отразить то, что говорит клиент (техники повтора, обобщения, парафраза и т.п.), 2) "услышать" на какую часть составной жалобы клиент дает эмоциональные отклики, иотреагировать именно на нее, 3)отреагировать на эмоциональное состояние клиента, как бы упустив содержание проблемы (техника эмпатического ответа).

4. "Сложная" жалоба. Вот пример. Клиентка дает следующую жалобу: "Вы знаете, у меня сын 14 лет, и отношения с ним очень плохие. Сын не слушается ни меня, ни отца. Случается так, что он не ночует дома". Клиентка как бы "прошупывает" терапевта первой жалобой. А затем, поверив ему, дает свою следующую сокровенную проблему: "Вы знаете, я окончательно запуталась. У меня есть любимый человек, есть и муж. Мужа я не люблю, но он отец моего ребенка и в состоянии хорошо меня обеспечить, чего не может сделать мой любимый мужчина". Женщина впервые плачет. Очевидно, что любая первая жалоба может быть "пробным шаром". Поэтому не следует бросаться помогать и глубоко "с головой" погружаться в первую предложенную клиентом проблему. Следует слушать, что на самом деле говорит клиент, что он на самом деле переживает.

5. Жалоба со скрытым содержанием. Суть такой жалобы состоит в несовпадении явного и скрытого содержания. Например, муж говорит: "Ведь это неправильно, что жена два часа укладывает девятимесячного ребенка спать, ребенок должен быть самостоятельным". За этим содержанием лежит скрытая жалоба: "Я ревную жену к ребенку, прихожу усталый домой после работы и вынужден сам сидеть на кухне и ждать, пока не освободится жена". Скрытое содержание может слабо осознаваться. Вряд ли имеет смысл терапевту сразу же переводить скрытое содержание проблемы в явное. Хочет ли об этом говорить клиент, доверяет ли он психотерапевту - это то, что следует учитывать. Если же скрытое содержание не осознается клиентом, не всегда следует прояснять его клиенту. Терпение психотерапевта, готовность ждать - это важные качества клиентцентрированного терапевта. Например, психотерапевт можетотреагировать: "Я чувствую, что Вам трудно говорить об этом", или "Я слышу, что Вы говорите..." (если клиент осознает скрытое содержание жалобы). Возможна и другая реакция психотерапевта (особенно если скрытое содержание не осознается клиентом) - психотерапевт реагирует на переживаемую клиентом эмоцию, а не на вербально выраженное содержание жалобы. Например: "Я слышу, что Вы раздражены на жену, чувствуете себя непонятым и обиженным". Эта реакция психотерапевта - приглашение клиенту войти в собственные переживания. Часто оказывается, что клиент до интервью имел один план жалобы, во время

интервью этот план нарушается и клиент говорит совсем не то, что предполагал.

6. "Хитрая" жалоба. Этот вид жалобы имеет скрытое содержание. При этом явное содержание жалобы имеет целью "запутать" психотерапевта и добиться своего. Например, женщина имеет мучающие ее проблемы с сердцем (приступы кардиалгии, дыхательный дискомфорт и т.п.). Несколько лет она лечится у врачей-терапевтов (диагноз "вегето-сосудистая дистония"), но безуспешно. Оказывается, что она ревнует своего мужа и болезнь сердца - прекрасный способ контролировать свободное время мужа: он провожает жену на работу и встречает с работы. У мужа имеется выраженный психастенический радикал личности и поэтому моральные нормы являются важными регуляторами его поведения. На этом жена и играет ("бросить больную нехорошо"). Очевидно, что она пришла не с целью избавиться от "болезни сердца", а, напротив, за подтверждением серьезности этой болезни и невозможности излечения (скрытый запрос: "Скажите мужу, что я серьезно больна"). В этом случае также следует быть терпеливым (хотя порой бывает эффективным и метод конфронтации: "У Вас нет другого способа быть нужной мужу?!) и идти в процесс переживания.

7. Жалоба на другого. Например: "Мне очень тяжело... (женщина плачет) на работе... Я не могу найти общий язык с директором. Он очень тяжелый и неумный человек, работа его совершенно не интересует..." В этом случае клиентом является директор. Клиент же может не иметь готовности к изменению. Это достаточно трудный случай для психотерапии. Мы описали типичные жалобы клиентов, которые обнаруживаются и при полоролевых проблемах. Тем более, что список возможных психологических проблем, обусловленных полоролевыми сдвигами, чрезвычайно обширен: это и супружеские проблемы, и проблемы взаимоотношений с противоположным полом, и проблемы с начальством, и сексуальные проблемы и т.п. Одним словом, феноменология полоролевых расстройств крайне разнообразна.

Техники работы с полоролевыми проблемами.

1. Техника "аквариума". Для развития полоролевых свойств личности и их гармонизации мы фасилитируем тематические группы: "Мой опыт быть женщиной (мужчиной)", "Что во мне не привлекает мужчин (женщин)", "Кто такой эффективный мужчина (женщина)" и т.п. Техника используется как в однополых, так и в смешанных группах. В смешанной группе мы используем методику "аквариума": внутренний круг (однополый) обсуждает тему групповой дискуссии, а внешний круг (противоположный по полу внутреннему) только слушает и не имеет права вступать в дискуссию. Проводятся три сессии: в первой - дискуссию ведет первый круг, во второй - круги меняются местами, в третьей - идет совместное обсуждение. Очевидно, что в ряде случаев для проведения этой полоролевой психотехники необходимо более, чем три сессии. Каждая сессия ограничена по времени 1,5-2 часами (в зависимости от состояния больных). Техника фасилитации такой группы является традиционной для

роджерианских групп. Следует сказать, что в таких группах переплетаются биографические, тематические и интеракционистские компоненты. Доля каждого компонента зависит от степени доверия в группе, от готовности группы к терапевтическому контакту и т.п. После такого цикла групповых сессий клиенты переходят к технике автобиографии. 2. Техника автобиографии. Суть техники состоит в следующем. Дается домашнее задание написать автобиографию, причем соблюдать определенную хронологическую последовательность не следует. Важно войти в поток переживаний, навеянных тематическими групповыми сессиями, и рассмотреть свою жизнь под углом зрения предложенной на группе темы. На групповой сессии член группы зачитывает свою автобиографию. Все члены группы слушают, не перебивая и не переспрашивая. Это требование обязательно, так как в противном случае человек, работающий со своей биографией, может быть "выбит" из процесса переживания. Зачитывание автобиографии занимает приблизительно минут тридцать. Затем начинается второй этап групповой сессии: члены группы начинают делиться своими мыслями, фантазиями и эмоциями по поводу автобиографии одного из членов группы, который при этом молчит. В групповом материале могут быть и собственно мысли по поводу автобиографии, и случаи из собственной жизни и т.п. На третьем этапе групповой сессии один из членов группы (он выбирается тем человеком, который работает со своей автобиографией) зачитывает вслух ту же автобиографию (не свою). Наконец, на четвертом этапе групповой сессии автор автобиографии говорит что он услышал, узнал, почувствовал и т.п.

#### 6.2. Техника фокусинга

Фокусинг представляет собой технику, основанную на внутреннем внимании. Разработал технику G. Gendlin (см. M. Siems, 1992), американский философ и психолог. Фокусинг - это специфический способ контакта со своим внутренним опытом, это специфическая дорога к опыту, находящемуся в нас самих. Работа осуществляется через тело, так как исходное бессознательное ощущение (felt sense) заключено в теле. Felt sense - это тонкое, неясное и туманное ощущение в теле, которое прежде всего возникает в области живота и грудной клетки. Такая реакция может быть обозначена как "резонанс в теле" или "внутренняя аура". Буквально это то, что возникает в теле, когда человек думает о своей проблеме. Данное ощущение очень неопределенно и не вербализуемо, не выражается в образах и конкретных физических ощущениях. Felt sense - это конкретная, еще модально не оформленная форма бессознательного. Человек может контактировать с этим образованием бессознательного непосредственно. Felt sense чаще всего локализуется в грудной клетке и животе. Поэтому задача фокусинга, во-первых, обнаружить felt sense, во-вторых, его вербализовать (осознать), и, в-третьих, на основе нового внешнего опыта построить новое (саногенное) felt sense. Полоролевой тренинг мы реализуем в следующих шести этапах фокусинга.

Первый этап - создание внутреннего пространства. Техника фокусинга относится к классу диссоциативных. Поэтому на первом этапе следует, во-первых, успокоить тело, так как felt sense может быть обнаружено только при спокойном теле; во-вторых, нужно построить позицию наблюдателя (нулевая позиция в гештальттерапии, самость - в психосинтезе и т.п.), так как в ассоциированном состоянии осознания такой позиции просто нет. Для создания внутреннего пространства мы используем следующие приемы: "просмотр тела", "массаж дыханием" по Middendorf. Основным результатом этих упражнений - создание состояния внутреннего внимания. При первом из указанных приемов ("просмотр тела", или "ощущение тела") человек, лежащий на коврике, в течение одной минуты просматривает каждую часть тела, соприкасающуюся с полом (правая ягодица, левое бедро, левое колено, левая икра, левая стопа, соответствующие части правой ноги, низ живота, таз, весь живот, крестец, спина и позвоночник, левые плечо, предплечье, ладонь и пальцы, правая рука в той же последовательности, шея и затылок). Тело при этом упражнении расслабляется, а дыхание углубляется без произвольного усилия клиента. Массаж дыханием по Middendorf осуществляется следующим образом. Клиенту рекомендуется лечь на коврик и положить ладонь себе на грудь, последовательно меняя место положения ладони. Сознание клиента концентрируется на внутренней поверхности ладоней в течение пяти полных дыханий. Дыхание осуществляется по формуле проф. Middendorf: позволяем дыханию вдыхать и выдыхать, ожидая, что оно снова произойдет само собой. Через какое-то время под ладонями происходят изменения: усиливается дыхание и у клиента появляется все большее ощущение свободы. Ладони последовательно располагаются в следующих местах тела: диафрагма, нижняя часть живота, пах, обе стороны таза, обе стороны талии, левая рука под правым пахом, правая рука под левым пахом, правая рука под левым плечом, левая рука под правым плечом, обе руки под спиной (ладони к полу) в районе лопаток, крестца, ягодиц. После этого клиент прислушивается к себе и спрашивает: "В каком месте мое тело еще что-то требует? В каком месте тело хочет, чтобы к нему прикоснулись?". В конце упражнения руки кладутся на живот.

Второй этап - создание felt sense. Если человек имеет проблемы в полоролевой области - проблему эффективно осуществлять роль мужа, жены, мужчины, женщины и т.п., ему предлагается подумать о своей проблеме. Затем пациент побуждается к поиску физического резонанса своей психологической проблемы. Методика создания телесного резонанса психологической проблемы - это методика "зонда" R. Kurtz. Пациент пытается найти неясные, туманные, неопределенные ощущения в грудной клетке и животе. Предполагается, что felt sense является домодальным образованием и поэтому не может быть адекватно выражен в определенной модальной системе. Felt sense характеризуется именно неясностью, неопределенностью и трудностью для конкретной модально специфической экспрессии. На этот этап

может уйти достаточное количество времени. Если пациент очень быстро находит felt sense и выражает его в конкретных модальных переживаниях (боль, давление, напряжение и т.п.), то это свидетельство того, что пациент "проскочил" мимо felt sense. В данном случае его следует вернуть обратно к выполнению этого этапа. Таким образом, на втором этапе пациент отыскивает в себе телесный резонанс психологической проблемы, который представляет собой не что иное, как язык бессознательного. Мы опишем метафору "детской любимой игрушки", позволяющую создать felt sense.

Метафора "детской любимой игрушки". Каждый из нас когда-то был маленьким, а, может быть, мы дети и сегодня, и мы также, как и дети, нуждаемся в любви, в ласке, в похвале, в принятии, в безопасности. Мы просто тянемся к той уверенной и сильной руке, которая словно материнская рука дает тепло, силу, любовь, безопасность. Для каждого из нас день рождения - это важный праздник, это веха на жизненном пути. Мы можем вспомнить свой день рождения год назад. Может быть это было во вторник или в четверг, а может быть в понедельник или в пятницу, это мог быть любой день. Может быть Вы помните, когда на день рождения собрались все близкие и друзья. Вам было приятно, а, может быть, запомнился, какой-то день рождения год назад, два, три или более, когда Вы переживали и когда не получилось то, чего Вы ожидали, не получилось праздника. Легко вспомнить и первый день прихода в школу, цветы, улыбки, радость, грусть, ожидание, страх, волнение. В конце-концов, если Вы и не помните этот день, который был так давно, Вы его можете придумать или вспомнить какой-то другой день. У каждого из нас есть любимая вещь, была она и в детстве. Это моя игрушка, которую я любил, защищал, одевал, брал с собой в постель. Эта игрушка, которая делала меня счастливым. Если Вы не помните эту игрушку, Вы легко можете придумать ее сейчас. Это может быть кукла или плюшевый медвежонок, а может быть машинка, а может быть еще что-то. Счастье всегда впереди, но удивительная вещь: чем ближе входишь в свое детство, чем больше обращаешься к себе спиной, тем больше чувствуешь это счастье. Это словно сон. Только сон наяву, потому что это было, потому что этого нет, потому что это в мечтах и грезах и потому что это было в реальности, потому что этого нельзя вернуть. И всегда думаешь: сон наяву, в бодрствовании - это сон или реальность? Если это реальность - это не сон, а если это сон, то это не реальность... Я знаю, что маленькие принцессы и принцы любят мечтать, и в своих мечтах погружаются глубже и глубже в это прошлое, и чем глубже туда погружаются, и чем свободнее и легче становится дыхание, и чем расслабленнее становится тело, тем светлее наше детство, наша радость, наш праздник, наши надежды. Вы видите глаза своей матери, своей бабушки, дедушки, Вы чувствуете их руки, принимающие, ласкающие, Вы слышите как мать зовет Вас, слышите свое имя, чувствуете ласковое прикосновение к Вашей голове и еще глубже и глубже погружаетесь в приятное расслабленное ощущение детства. Любимая игрушка, она красная или голубая,

она мягкая на ощупь, она добрая и принимающая. Мы можем вспомнить эту игрушку, которая была с нами, мы много мечтали, имея эту игрушку, мы мечтали и думали, кем мы будем, кто будет рядом с нами. Мы можем быть иногда честными или нечестными сами с собой, и не секрет, что мы не всегда живем в тех семьях, где нас любят, где мы любим, мы можем быть одиноки, имея вокруг множество людей, можем чувствовать недостаток свободы, недостаток счастья, мы можем чувствовать, что все кругом на нас "ездят", мы всем должны, мы можем чувствовать, что нам нужен кто-то, кто нас ведет по жизни, а сами мы ничего не можем достичь. Мы можем чувствовать, что нас не понимают и нам тяжело с другими людьми. Мы можем много чувствовать, мы можем скрывать это в себе. Я прошу Вас обратиться к центру своей личности, где каждый из нас может сказать: "Да, это "Я", это "Я", не прикрытое маской, это "Я", которое может быть само по себе такое, какое оно есть, которое не нуждается в украшательстве, оно такое есть, ранимое, может быть капризное, может быть не очень уверенное в себе, такое как оно есть. Обратитесь к этому "Я", найдите его в себе, потому что это "Я" - честное "Я", честное по отношению к себе и скажите, просите, чтобы это "Я" поделилось с игрушкой своим счастьем и несчастьем, тем, насколько исполнились надежды и мечтания, насколько жизнь оказалась пустой и обманутой...". С помощью этой метафоры человек регрессирует в детство, возникает печаль, слезы и т.п. Эта метафора позволяет выйти на "felt sense" проблемного переживания.

Третий этап - "нахождение рукоятки". Имеется в виду, что для того, чтобы ввести бессознательное felt sense в сознание, необходимо найти "рукоятку" для осуществления такого подъема. Универсальной "рукояткой" может быть вербальная система - слово. Годятся как слова, так и метафоры. Не всегда соответствующее слово или образ находятся сразу. Полезным может быть создание промежуточных довербальных "рукояток" - вздохов, звуков, жестов и т.п. Очевидно, что неопределенное ощущение в теле (felt sense) можно выдохнуть, пропеть, прокричать, протанцевать и т.п. Затем ищется вербальная "рукоятка" к этим довербальным экспрессиям felt sense.

Четвертый этап - сравнение. На этом этапе проверяется истинность "рукоятки", действительно ли слова и образы соответствуют felt sense. Важно снова соотнести найденную "рукоятку" с felt sense. Если оказывается, что "рукоятка" истинна, то может произойти облегчение в теле (body shift), а может (если соответствие "рукоятки" и felt sense не обнаружено) следует изменить саму "рукоятку".

Пятый этап - вопросы к felt sense. Если на четвертом этапе пациент почувствовал облегчение и появились выраженные изменения в теле, он может перейти к шестому этапу. Если же это облегчение и изменения недостаточны, тогда пациент должен узнать свое felt sense лучше. Вопросы к felt sense могут быть следующими: "Кто ты? Что еще ты можешь рассказать о себе?". После этого пациент ожидает ответов, которые сами



выходят из felt sense. Ответы могут исходить также из головы, а не из тела. Ответы из felt sense часто не соответствуют уже ранее имевшимся у пациентов ответам из головы. Изменение происходит во время поиска ответа, а не во время дачи уже готового ответа.

Шестой этап - принятие. Состоит в принятии произошедшего изменения. На этом этапе следует дышать определенное время спокойно, ощущая изменение. Это усиливает сам процесс изменения. Наш интеллект обычно не замечает таких небольших изменений. Мы должны принять все маленькие изменения. Технику фокусинга мы проводим как в групповой форме, когда в группе каждый работает индивидуально, так и в групповой партнерской форме, когда в группе работают пары. В настоящей работе мы использовали программу Гамбургского проекта фокусинговых встреч.

### 6.3. Катартическая терапия криком

D. Casriel (1974) предложил технику терапевтического крика. Суть техники состоит в том, что пациенты поощряются после определенного "разогрева" к крику. Мы используем модификацию этой техники по ряду значительных деталей, касающихся и техники инициации крика, и техники перевода пациентов из фазы "разогрева" в фазу собственно крика. Пациенты кричат в технике рваного крика. Через определенное время пациент начинает чувствовать, что крик сам рвется из него, сопровождаемый то гневом, то плачем, то страхом. Крик может перерасти и в плач, и в смех. В тренинге пациенты испытывают озноб, дрожь, жар, холод и т.п., т.е. те состояния, которые свидетельствуют о вовлеченности всего тела в терапевтический процесс. Каждая сессия крика проходит три этапа: подготовка, собственно крик и рефлексия. На этапе подготовки мы используем дыхательные техники, техники размягчения мышечных блоков (см. J. Santorski, 1992), вибрации и т.п. На втором этапе через регрессивную метафору "детской любимой игрушки" (см. выше) пациенты погружаются в проблемное переживание (одиночество, отсутствие безопасности и т.п.), и подталкиваются к крику. После того, как крик становится как бы самостоятельным и независимым от пациента (крик сам вырывается из него), терапевт при помощи специальных техник "обслуживает" пациента, облегчая экспрессию крика. На третьем этапе идет обсуждение того, что переживал пациент, что "выходило" из него, какие эмоции. Пациент соотносил особенности своей жизненной ситуации и способов реагирования на нее с переживаниями, которые возникали в терапевтической сессии. Особенность эмоциональной экспрессии в терапевтических сессиях крика состоит в том, что пациент переживает какую-либо эмоцию, чувствует наплывы тоски, горя, плача, гнева и т.п., но не соотносит ее с какой-либо ситуацией настоящего или прошлого - просто хочется плакать и т.п. Техника крика как бы освобождает пациента от накопленных эмоций, которые часто не осознаются и, поэтому, естественно, не связываются с какой-либо ситуацией. Эмоциональная экспрессия имеет слоистую структуру: на периферии находятся более

осознаваемые, "его"- идентифицированные и увязанные с конкретными ситуациями эмоции. Например, сначала может "выходить" смех, который переходит в плач и т.п. Более глубокие эмоции менее осознаваемы, не принимаются в "Я"-концепцию и более определенно связаны с определенными биографическими ситуациями. Именно поэтому отреагирование и рефлексия более глубоких эмоций чрезвычайно важные механизмы самоизменения. Как правило, вся группа "входит" в крик к четвертой сессии. Дефензивные защитные механизмы (Г.С. Кочарян, А.С. Кочарян, 1994; Ю.С. Савенко, 1974) типа интеллектуализации, рационализации и т.п. обуславливают для пациента сложность "вхождения" в крик; при более простых механизмах защиты - протективных (Г.С. Кочарян, А.С. Кочарян, 1994; Ю.С. Савенко, 1974) - скорость вхождения в процесс значительно выше. Продолжительность сессии крика 2,5 - 3 часа.

6.4. Программа групповых психотерапевтических занятий  
Программа занятий рассчитана на 10 групповых сессий. В условиях стационара это открытая группа, которая функционирует постоянно (3 раза в неделю). За период пребывания в стационаре больной проходит 8-12 сессий. В поликлиническом варианте мы проводим закрытую группу. Описанная программа является примерной и может несколько варьировать в зависимости от клинического, возрастного и образовательного состава групп.

1 сессия. Цель - групповое знакомство. Сессия включает следующие процедуры.

1) групповое знакомство. Каждый член группы, если желает что-либо говорит о себе. Мы не регламентируем это знакомство ни по тому содержанию, которое сообщает о себе каждый член группы, ни по времени. В зависимости от состава группы такое знакомство может быть более или менее стандартизированным. Знакомство, как правило, инициирует психотерапевт. Это может быть небольшой рассказ о себе (делается акцент на внеролевых характеристиках), танец, песня, пантомима и т.п. Если кто-либо уклоняется от знакомства, его не заставляют это сделать. Одним словом, в наших группах нет правила подчиняться некоторому групповому стандарту;

2) ознакомление с правилами работы группы. В группе имеется только одно жесткое правило "стоп". Правило конфиденциальности рассматривается не как правило, а как пожелание. В группе отсутствует традиционное для таких групп правило "мы", что обусловлено желанием избавиться от искусственности;

3) "разогрев". Используются психодраматические упражнения ("Какой по счету ребенок в семье", "Любимый - нелюбимый ребенок в семье", "ближе к отцу-ближе к матери" и т.п.), психоскульптура, психогимнастические упражнения. В конце этапа больные ложатся по схеме "голова-живот": каждый человек укладывается на спину, кладя голову на живот другого члена группы. Затем исполняется групповая песня. Смех, анекдоты и т.п.;

4) тематическая группа "Что во мне мешает мне жить". Группа

ведется в роджерианском ключе. В конце дается домашнее задание записать основные выводы относительно собственных внутренних блоков;

5) техника направленного воображения- "внутренняя сила". После чего обсуждение. Ведущий дает позитивный настрой на следующее занятие.

2 сессия. Цель - столкновение с собственными проблемами, их первичная презентация.

1) "разогрев";

2) проработка символических образов техники кататимного переживания: "луг", "гора". Диагностический и коррекционный этапы.

3) техника направленного воображения: "Визуализация и гармонизация мужского и женского начал".

4) групповая разрядка. Групповая песня, танец и т.п.

Позитивный настрой на следующее занятие.

3 сессия. Цель - проработка проблем на уровне тела.

1) приветствие (специальный групповой ритуал, который избирает сама группа), обсуждение текущих проблем (личностных, связанных с ведением группы, а также организационных.);

2) метафора "любимая детская игрушка";

3) техника фокусинга;

4) групповое обсуждение. Домашнее задание - записать все свои переживания за период сессии фокусинга. Создание позитивного настроения на следующее занятие.

4 сессия. Цель- проработка проблем на уровне визуальных образов.

1) ритуал приветствия. Обсуждение текущих проблем.

2) проработка символических образов техники кататимного переживания: "лев", "роза". Диагностический и коррекционный этапы.

3) техника направленного воображения: "Визуализация и гармонизация мужского и женского начал".

4) групповое обсуждение проблем, возникших на группе.

Позитивный настрой на следующее занятие.

5 сессия. Цель- проработка проблем на вербальном и эмоциональном уровнях. 1) ритуал приветствия.

Психогимнастический "разогрев";

2) тематическая роджерианская группа: "Какой должна быть женщина, успешная во взаимоотношениях с мужчинами". Техника "аквариума". Проводится первая часть техники;

3) групповая разрядка.

6 сессия. Цель - проработка проблем на вербальном и эмоциональном уровнях.

1) ритуал приветствия. Психогимнастический "разогрев";

2) тематическая роджерианская группа: "Какой должен быть мужчина, успешный во взаимоотношениях с женщинами". Техника "аквариума". Проводится вторая часть техники;

3) групповая разрядка.

7 сессия. Цель - проработка проблем на вербальном и эмоциональном уровнях.

1) ритуал приветствия. Психогимнастический "разогрев";

- 2) тематическая роджерианская группа. 3-й этап техники "аквариума". Домашнее задание- составить автобиографию;
- 3) групповая разрядка.

8 сессия. Цель - проработка проблем на вербальном и эмоциональном уровнях.

- 1) ритуал приветствия. Психогимнастический "разогрев";
- 2) техника автобиографии;
- 3) групповая разрядка.

9 сессия. Цель - проработка проблем на телесном уровне.

- 1) подготовка к технике крика;
- 2) техника крика;
- 3) релаксация;
- 4) обсуждение эмоций, которые выходили в период сессии крика. Домашнее задание: просмотреть свою жизнь и связать успехи и неудачи с подавленными эмоциями.

10) сессия. Цель - проработка проблем на телесном уровне.

- 1) подготовка к технике крика;
- 2) техника крика;
- 3) релаксация;
- 4) техника фокусинга;
- 5) обсуждение эмоций, переживаний и мыслей, которые возникали в период сессии.

Это очень примерная программа групповых психотерапевтических занятий. Приведенную программу характеризует психотерапевтический эклектизм. Это позволяет проработать проблему на уровне различных модальностей: визуальной, аудиальной, телесной, на уровне эмоций. Психотерапевтические механизмы, которые актуализирует настоящая программа, крайне разнообразны: инсайт, катарсис, моделирование поведения, когнитивное переструктурирование, эмоциональное позитивное подкрепление и т.п.

#### Список литературы

1. Алешина Ю.Е., Волович А.С. Проблемы усвоения ролей мужчины и женщины // Вопр. психологии.-1991.- No. 4.- С. 74-82.
2. Баубинене А., Гоштаутас А., Дакнис Р., Домаркене С., Леонавичюс А., Яцкунайте Р. Активность личности и ишемическая болезнь сердца // Кардиология - 1972. Материалы III научной конференции кардиологов Лит. ССР, 1972.- С. 242-243.
3. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности.- М.: "Медицина", 1976.- 173 с.
4. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. М.: Прогресс., 1988.- 399 с.
5. Вейнингер О. Пол и характер.- М.: "ТЕРРА"- "TERRA", 1992.- 480 с.
6. Весельницкая Е. Женщина в мужском мире.- Санкт - Петербург : ИМПАКО, 1993.- 125 с.
7. Волошин П.В., Воробьева Т.М., Марута Н.А. Эмоциональные нарушения при неврозах // Український вісник психоневрології.-

1995.- т. 3, вип.1.- С. 3-11.

8. Геодакян В.А. Теория дифференциации полов в проблемах человека // Человек в системе наук.- М.: Наука, 1989.- С. 171-189.

9. Гиляровский В.А. Психиатрия: Клинические лекции.- М.:Медгиз, 1942.- 403 с.

10. Гоштаутас А., Леоновичус А., Гриневичус А. Применение психологических методов исследования в международной программе KRIS // Социологические проблемы взаимодействия личности и социальных групп в условиях развитого социалистического общества.- Вильнюс, 1977. - С. 118-125.

11. Гроф С. За пределами мозга.- М.: Изд-во Трансперсонального Института, 1993.- 504 с.

12. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико - физиологические основы психосоматических взаимоотношений.- Л., Медицина, 1981. - С. 146-168.

13. Губачев Ю.М., Жузжанов О.Т., Симаненков В.И. Психосоматические аспекты язвенной болезни.- Алма-Ата: "Казахстан", 1990.- 215 с.

14. Гульман Б.Л. Сексуальные преступления.- Харьков: ИМП "Рубикон", 1994. - 271 с.

15. Джонсон Р.А. Она. Глубинные аспекты женской психологии / Пер с англ. -Харьков, "Фоллио"; Москва, Институт общегуманитарных исследований, 1996.- 124 с.

16. Дусавицкий А.К. Структура личности как предмет психологического исследования //Вестник Харьковского университета, No. 366.- Психология личности и познавательных процессов.-Харків: "Основа", 1992.- С. 3-7.

17. Зайцев В.П. Значение психологических факторов в кардиологии // функциональные психогенные нарушения в клинике внутренних болезней.- М., 1980.- С. 57-66.

18. Иванов Н.Я. Популяционные нормы для определяемых с помощью ПДО показателей акцентуации характера у подростков // Психологическая диагностика при нервно-психических и психосоматических заболеваниях.- Л., 1985. - С. 44-46.

19. Исаев Д.Н., Каган В.Е. Психогигиена пола у детей.- Л.: Медицина, 1986. - 336 с.

20. Каган В.Е. Половая идентичность у детей и подростков в норме и патологии. Автореф. диссертации на соискание ученой степени докт. медич. наук (19.00.04;14.00.18).- Ленинград, 1991.- 33 с.

21. Карандашева Э.А. Психологические и биохимические аспекты патогенетических механизмов и психотерапии невротических фобий // Всеросс. съезд невропатологов и психиатров.- 3-й Тез. докл. М., 1974.- Т. 2 - С. 260-263.

22. Карвасарский Б.Д. Неврозы. Руководство для врачей.- Изд. 2-е, перераб. и доп. - М.: Медицина, 1990.- 573 с.

23. Карвасарский Б.Д. Психотерапия.-М.: Медицина, 1985.- 303 с.

24. Кле М. Психология подростка. Психосексуальное развитие.- М.: "Педагогика", 1991. - 172 с.

25. Кон И.С. Психология половых различий. - Вопросы психологии.- 1981, N 2.- с. 47-57.

26. Кочарян Г.С., Кочарян А.С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. - М.: Медицина, 1994. - 224 с.
27. Кришюнайте Р.И. Поведенческий тип как фактор риска ишемической болезни сердца // Первичная психологическая профилактика и реабилитация больных ИБС.- Вильнюс, 1982. - С. 17-24.
28. Лакосина Н.Д., Трунова М.М. Неврозы, невротические развития личности. Клиника и лечение.-М.: Медицина, 1994.- 192 с.
29. Личко А.Е., Иванов Н.Я., Озерецковский С.Д. О показателе мужественности-женственности при психопатиях и акцентуациях характера у подростков // Психопатии и психопатоподобные состояния в судебно-психиатрической практике.- М., 1982.- С. 95-101.
30. Личко А.Е. Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) для подростков // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике.-Л.: Медицина, 1983.- С. 81-102.
31. Марута Н.А. Особенности эмоциональных нарушений у больных неврозами // Журн. неврологии и психиатрии.- 1992.- 92, No. 5-12.- С. 81-83.
32. Микиртумов Б.Е. Преморбидные особенности личности и отношение к болезни у больных с функциональными расстройствами менструального цикла в пубертатном возрасте // Психопатологические расстройства у подростков.-Л., 1987.
33. Палкина Т.П. Характер связи индивидуальных особенностей в динамике последовательного образа с ортогональными свойствами темперамента // Проблемы интегрального исследования индивидуальности. - Пермь, 1977. - С. 37-56.
34. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности. Пер. с нем.- М.: "Мир", 1994.- 319 с.
35. Савенко Ю.С. Проблема психологических компенсаторных механизмов и их типология// Проблема клиники и патогенеза психических заболеваний. - М., 1974.- С. 95-112.
36. Свядощ А.М. Неврозы.-М.: Медицина, 1982.- 366 с.
37. Трикоза Н.И., Кочарян А.С. Психологические особенности подростков с нарушенным липидным обменом // Теоретические и клинические вопросы детской кардиологии. Тез. Докл. Украинской научно-практич. конференции. Минздрав Украины, УИОЗДП, - Харьков, 1993. - С. 160-161.
38. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции.- М.: Наука, 1989. - 455 с.
39. Хорни К. Женская психология.- Санкт-Петербург: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 1993. - 222 с.
40. Шкуратова И.П. Исследование особенностей общения в связи с когнитивным стилем: Автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. психол. наук. - Л., 1983. - 19 с.
41. Шхвацабая И.К. Ишемическая болезнь сердца.-М.: Медицина, 1975.
42. Юнг К.Г. Либи́до, его метаморфозы и символы. - Санкт-Петербург: Восточно-Европейский институт психоанализа, 1994. - 416 с.

43. Юнг К.Г. Об архетипах со специальным обращением к понятию Анимы / пер. с англ. А. Баженова - Харьков: ХГУ, 1992.- 19 с.
44. Юнг К.Г. Беспокойная молодая женщина и бизнесмен в отставке // Знаменитые случаи из практики психоанализа. Пер. с англ.- М.: "REFL-book", 1995.- С. 171-195.
45. Янушкевичюс З.И., Блужас И.Н., Баубинене А.В., Гоштаутас А.А. Психологические аспекты ишемической болезни сердца// Первичная психологическая профилактика и реабилитация больных ИБС. - Вильнюс, 1982.- С. 3-16.
46. Abrahamsen D. They psychology of Crime.- New York: Colambia University Press, 1960.
47. Alpert-Gillis L.J., Connel J.P. Gender and sex-role influences on children's self-esteem // J.Pers.- 57, No. 1.- P. 98-114.
48. Anderson L.M. Personality characteristics of pasent of neurotic, aggressive and normal preadolescent boys // J. Consult. Clin. Psychol.-1969. - 33,5.- P. 575-581.
49. Bandura A., Walters R.H. Agresja w okrese dorastania.- Warszawa.- PWN.- 1968. - 433 с.
50. Baucom D.N. Independent masculinity and femininity scales on the Californial Psychological Inventory // J. Consult. Clin. Psychol., 1976, 44.- P. 876.
51. Bellini M. Studio comparativo della somatozzarione gastrica el intestinale di conflitti psichici // Minerva med.- 1974.- V. 65, No. 20 - P. 1043-1065.
52. Bernard M.E., Boyle G.J., Jackling B.F. Sex-role identity and mental ability // Pers. and indiv. Diff.- 1990.- 11, No. 3.- P. 213 -217.
53. Bosler R. Die Diagnostische Relevanz der "Schonen" und "Hasslichen"pyramiden im Farbpyramidentest. Phil. Diss. Freiburg, 1969.
54. Brems Ch., Jonson M.E. Problemsolving appraisal and coping style: the influence of sex-role orientation and gender // J. Psychol.- 1989.- 123, No.2.- P. 187-194.
55. Butcher J.E. Adolescent girls' sex role development: relationship with sports participation, self-esteem, and age of menarche // Sex Roles.- 1989.- 20, No. 9-10.- P. 575-593.
56. Butcher J.N. Manifest aggression: MMPI correlates in normal boys // J. Consult. Psychol.- 1965.- 29,5.
57. Casriel D. A scream away from happiness. The story of Synan.- New York, 1974.
58. Choynowski M. Podrecznik do testu "Myslenie Techniczne" Z. Dobruszka // Testy psychologiczne w poradnictwie wychowawczo-zawodowym.- Warszawa : Panstwowe Wydawnictwo Naukowe, 1980.- Wyd. drugie.- S. 341-378.
59. Czownicka A., Wojciechowska E. Podejscia zwiazane z psychoanaliza // Nowe zjawiska w psychoterapii.-Warszawa: Agencja Wydawnicza J.Santorski & Co., 1991.- S. 11-36.
60. Dudek Z.W. Psychologia Wiekiej Matki // Albo albo.- 1992-3(4).- C. 69-85.
61. Dunbar F. Psychsomatic diagnosis. New York-London, 1948.

62. Ekvall G. The construct validity of mechanical aptitude tests. The Swedish Council for personnel Administration, PA Council Report.- Stockholm.- 1969.- No.58.- P. 101.
63. Fairbairn W.R.D. On the nature and aims of psychoanalytical treatment // International Journal of Psychoanalysis.- 1958, 39.- P. 374-385.
64. Fairbairn W.R.D. Synopsis of an object - relations theory of the personality // Journal of psychoanalysis.- 1963, 44.-P. 224-225.
65. Fairbairn W.R.D. Psychoanalytic studies of the personality.-New York: Routledge, Chapman & Hall, 1974.
66. Friedman M., Rosenman R.H. Type A behavior and your heart.- Greenwich; Fawcett Publications, 1974.- 319 p.
67. Gentry W., Williams R.H. Psychological aspects of myocardial infarction and coronary care,- Saint Louis, 1975;
68. Goldstein M.J. The relationship between coping and avoiding behavior and response to fear-arousing propaganda // J. Abn. Soc. Psychol.- 1959.- v. 58.- P. 247-252.
69. Gough H.G., Heilbrun A.B. Manual for the Adjective Check List and the Need for the ACL.- Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologists Press, 1965.
70. Grieve N., Rosenthal D., Cavallo A. Self-esteem and sexrol attitudes. A comparison of italian-and anglo-australian adolescent girls // Psychol. Women Quart.- 1988.- 12, No. 2.- C. 175-189.
71. Guntrip H. Schizoid Phenomena : Object Relations and the self.- London : The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 1983.
72. Haan N. A tripartite model of ego functioning: values and clinical research applications // J. Nervment. Dis. - 1969.- 148.- P. 14-30.
73. Haan N. Haan N. Coping and defense mechanisms related to personality inventories // J. of Consulting Psychology.- 1965.
74. Habib M., Faure S. Cervean masculin-cervean feminin // Sci. et vie.- 1990, Hors. ser. No. 171.- P. 86-101.
75. Heilbrun A.B., Wydra D., Friedberg L. Sex role correlates of stress-prone type A behavior in college students // Sex Roles.- 1989.- 21, No. 7-8.- P. 433-449.
76. Heilbrun A.B. Human sex role behavior.- New York : Pergamon, 1981,- X, 207 p.
77. Heiss R., Halder P., Hoger D. Test Piramid Barwnych.- Warszawa: ERDA, 1995.- 148 s.
78. Henley S., Furnham A. The type A behaviour pattern and selfevaluation // Brit. J. Med. Psychol.- 1989.- V.62, N1.- P. 51-59.
79. Horowitz M. States of mind.- New York : Plenum Press, 1979.
80. Jarymowicz M. Makiawelizm-osobowosc ludzi nastawionych na manipulowanie innymi // Osobowosc a spoleczne zachowanie sie ludzi.- Warszawa: Ksiazka i wiedza.- 1976.- S. 293-324.
81. Jenkins C.D. Psycholodical and social precursors of coronary desease - N. End. // J. Med.- 1971.- V. 284.- P.



244-255, P. 307-317.

82. Jenkins C.D., Friedman M., Rosenman R.H. Development of an objective - psychological test for determination of the coronaryprone behavior pattern in employed men // J. Chron. Dis.- 1967, V. 20.- P. 371-379.

83. Johnson St. Osobowosc symbiotyczna i jej leczenie.- Warszawa: Jacek Santorski & Co. Agencja Wydawnicza.- Warszawa, 1993.- 189 s.

84. Jones M.C. Psychological correlates of somatic development // Child Development.- 1965, 36.- P. 899-911.

85. Jones J., Scheuler J.W., Curtis D., Zarcone V.P. Plasma cortisol correlates of impulsivity and substance abuse // Pers. and indiv. Diff.- 1990.- 11, No.3.- P. 287-291.

86. Kiley D. Syndrom Piotrusia Pana. O nigdy nie dojrzewajacych mezczyznach.- Warszawa: J. Santorski & Co., 1993.- 217 s.

87. Kosewski M. Agresywni przestepcy.- Warszawa: Wiedza Powszechna, 1977.- 330 s.

88. Kubacka-Jasiecka D. Funkcjonowanie spoleczne osob agresywnych i samoagresywnych. Stydium cliniczne.- Wroclaw, Warszawa, Krakow, Gdansk: Zaklad Narodowy im. Ossolinskih. Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk, 1975.- 144 s.

89. Latkin C.A. Gender roles in the experimental community: Rajneeshpuram // Sex Roles.- 1989.- 21, No. 9-10.- P. 629-652.

90. Lau S. Sex role orientation and domains of sex-esteem // Sex Roles.- 1989.- 21, No. 5-6.- P. 415-422.

91. Lesch M., Lewis E., Hucupries J.O., Ross R.S. Paraxyzmal ventricular tachycardia in the absence of organic heart disease // Ann. Intern. Med. - 1967. - V. 66.- P. 950.

92. Lichtenberg J.D. Psychoanalysis and infant research.- Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1983.

93. Lowen A. Wstep do bioenergetyki.- Warszawa: Jacek Santorski & Co Agencja wydawnicza, 1992. - 53 s.

94. Mann V.A., Sasanuma S., Sakuma N. Sex differences in cognitive abilitates: a crosscultural perspective // Neuropsychologia.- 1990.- 28, No. 10.- P. 1063-1067.

95. Marsh H.W., Richards G.E. A test of bipolar and androgyny perspectivcs of masculinity and femininity: the effects of participation an outward bound programm // J. Pess.- 1989.- 57, No. 1.- c. 114.

96. Masterson J. Psychotherapy of the borderline adult.- New York: Brunner/Mazel, 1976.

97. Masterson J. The narcisstic and bordeline disorders.- New York: Brunner/Mazel , 1981.

98. Mathews K.A., Glass O.C., Rosenman R.H., Bortner R.W. Competitive drive, pattern A and coronary heart disease: a further analysis of some date from WGCS // J. Chron. Dis.- 1977, V. 30.- P. 489-498.

99. Mc Cardle P., Wilson B.E. Hormonal influence on language development in psysically advanced children // Brain and lang.- 1990.- 38, No. 3.- P. 410-423.

100. Mc Cord W., Mc Cord J., Howard A. Familial corselates of aggression in noudelinquent male children // J. Abnorm.

- and Social Psychology.- 1961.- 62, 1.- P. 79-93.
101. Meador B.D., C. Rogers Person-centered therapy // Current Psychotherapies / R.J. Corsini (ed.) - ITASCA, IL.: F.E. Peacock, 1984.- P.142-195.
102. Meissner W. Treatment of patients in the borderline spectrum.- Northvale, M.J.: Jason Aronson, 1988.
103. Mitchell S.A. Treatment of patients in the borderline spectrum.- Northvale, M.J.: Jason Aronson, 1988.
104. Montepare J.M., Zebrowitz-Mc Arthur L. Impressions of people created by age - related qualities of their gait // J. Pers and Social Psychol. - 1988.- 55, No.4.- P. 547-556.
105. Peterson C.D., Baucom D.N., Elliott M.J., Farr A. The relationship between sex role identity and marital adjustment // Sex Roles.- 1989.- 21, No. 11-12.- P. 775-787.
106. Pinatel J. Le concept de personnalité criminelle // Revue de Science criminelle et de droit pénal comparé.- 1962.- P. 129-138.
107. Raskin N.J., Rogers C.R. Person-centered therapy //R.J. Corsini, D. Wedding. Fourth ed. ITASCA, IL.: F.E. Peacock Publ., inc., 1989.- P. 155-194.
108. Rogers C.R. Client-centered therapy: its current practice, implications and theory.- Boston, 1951.
109. Rogers C. On becoming a person.- Boston: Houghton Mifflin, 1961.
110. Rogers C.R., Segal R.H. Psychotherapy in process the case of Miss Mun (film).- Pittsburgh: Pennsylvania State University Psychological Cinema Register, 1955.
111. Rogers C.R. A way of being.- Boston: Houghton Mifflin, 1970.
112. Roseman R.H., Friedman M., Strauss R. et al. A predictive study of coronary heart disease. The Western Collaborative Group Study // JAMA.- 1964.- V. 29, No.1.- P. 1-14.
113. Santorski J. Organizm i organizm.- Warszawa: J. Santorski & Co., 1992.- 215 s.
114. Schuessler K.F., Cressey D.R. Personality characteristics of criminals // American J. of Sociology, 1950, March.- P. 476-484.
115. Shapiro D. Neurotic styles.- New York: Basic Books, 1965.
116. Shim S. Kotsiopulos A. Body cathexis of adult men and women: Effects of age and number of children // Percept.and Mot. Skills.- 1990.- 70, No. 3.- P. 880-882.
117. Siems M. Cialo zna odpowiedz - Warszawa: Jacek Santorski & Co Agencja wydawnicza, 1992.- 176 s.
118. Sigler L.H. Emotions and atherosclerotic heart disease // Brit. J. med. Psychol. - 1967.- V. 40.- P. 55-64.
119. Steenbarger B.N., Greenberg R.P. Sex roles, stress, and distress: A study of person by situation contingency // Sex Roles.- 1990.- 22, No. 1-2.- P. 59-68.
120. Strupp H.H. An objective comparison of Rogerian and Psychoanalytic techniques // J. of Consult. Psychol.- 1955.- V.19, No. 1.- P. 1-7.
121. Strupp H.H. A multidimensional comparison of therapist

- activity in analytic and client-centered therapy // J.of Consult. Psychol.- 1957.- V. 21, No. 4,- P. 301-308.
122. Stumph H., Kleime E. Sex-related differences in spatical ability: More evidense for convergence // Percept and Mot. Skills.- 1989.- 69, No. 3, Pt. 1.- P. 915-921.
123. Szondi L. Lehrbuch der experimentellen triebdiagnostic.- Bern und Stuttgart: Verlag Hans Huber, 1960.
124. Testy psychologiczne w poradnictwie wychowawczo-zawodowym. - Warszawa, Panstwowe Wydawnictwo Naukowe, 1980.- 591 s.
125. Volk P., Boeckle-Jjest E., Hilgarth M. O kryminologii zgwalcenia,spoloczne przesady i obsezwacje psychologiczne // Hexagon Roche.- 1984.- V. 11, N 1.- Supplement.
126. Waldo G.P., Dintz S. Personality atributes of the criminal: An analysis of research studies 1950-1965 //Journal of Research on Crime and Delinquency.- 1967.- 4, 2.- P. 185-202.
127. Weiner I. Psychological disturbances in adolescens.- New York, 1970.
128. Zimet S.G., Zimet C.N. Teachers view people: Sex-role sterotyping // Psychol. Reports, 1977.- 41.- P. 583-591.
129. Zimring F. Something about the therapist // Ed. Corsini R. Five therapists and a client. - New York: Peacock Publ., Inc., 1991.- P. 59-96.

Научное издание

Кочарян Александр Суренович

ЛИЧНОСТЬ И ПОЛОВАЯ РОЛЬ

симптомокомплекс маскулинности/фемининности в норме и патологии

Под редакцией члена-корреспондента АПН Украины, профессора  
Л.Ф. Бурлачука

Редактор Н.С. Калинина

Худ. редактор В.Е. Петренко

Подп. в печать 15.06.96. Печать офсетная.

Бум. офсетная. Формат 84х108 1/32. Уч.-изд. л. 12.

Тираж 1000 экз. Изд. No.2410. Цена договорная.

Государственное специализированное издательство "Основа" при  
ХГУ.

310005 Харьков, пл. Восстания, 17.